DE

# L'ANUS CONTRE NATURE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET C^ie,
rue Garancière, n. 5, derrière Saint-Sulpice.

# DE L'ANUS CONTRE NATURE

PAR

**M. le docteur E. FOUCHER,**

Prosecteur de la Faculté de médecine de Paris,
Ex-vice-président de la Société anatomique, ex-interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté (prix Montyon), etc.

PARIS

**LABÉ**, ÉDITEUR, LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

ET DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE ET CENTRALE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE,

**Place de l'École-de-Médecine.**

1857.

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22338457

Anus 69 8

# TABLE DES MATIÈRES.


**Considérations générales.** . . . . . 1

**CHAPITRE I. Anatomie pathologique de l'anus contre nature ou accidentel** . . . . . 11

1° Ouverture cutanée. . . . . 11

2° Ouverture intestinale. . . . . 13

3° Trajet intermédiaire aux deux orifices. . . . . 20

**CHAPITRE II. Étiologie et mode de formation de l'anus contre nature.** . . . . . 23

1° Anus contre nature consécutifs aux hernies. . . 23

2° Anus contre nature consécutifs à une plaie. . . . 34

3° Anus contre nature produits par des ulcérations, des corps étrangers, etc. . . . . 38

**CHAPITRE III. Des modifications qui se produisent ultérieurement dans l'anus contre nature.** . . . . . 41

1° Des conditions et du mécanisme de la guérison spontanée de l'anus contre nature. . . . . 42

2° Des causes qui empêchent la guérison spontanée de l'anus contre nature. . . . . 49

**CHAPITRE IV. Symptômes et complications de l'anus contre nature.** . . . . . 52

1° Symptômes. . . . . 52

2° Complications. . . . . 60

**CHAPITRE V. Diagnostic. — Terminaison. — Pronostic.** . 80
Diagnostic. . . . . 80
Marche, terminaison, pronostic. . . . . 87

**CHAPITRE VI. Traitement de l'anus contre nature.** . . . 92
Traitement palliatif. . . . . 95
Traitement curatif. . . . . 97
1° Moyens médicaux. . . . . 97
2° Moyens chirurgicaux. . . . . 103

**Moyens chirurgicaux ayant pour but de rétablir le cours des matières.** . . . . . 104
1° Méthode de Desault. . . . . 104
2° Méthode de Dupuytren. — Destruction de l'éperon. 115

**Méthodes ayant pour but de fermer l'ouverture.** . . . . . 134
1° Suture. . . . . 135
2° Procédés autoplastiques. . . . . 137
*a.* Procédé de M. Velpeau. . . . . 138
*b.* Procédé de M. Jobert. . . . . 142
*c.* Procédé de M. Malgaigne. . . . . 143
*d.* Procédé de M. Nélaton. . . . . 144
*e.* Procédé de M. Denonvilliers. . . . . 146
*f.* Procédé de M. Gosselin. . . . . 158
*g.* Procédé de M. Reybard. . . . . 166

**Préceptes généraux sur le traitement de l'anus contre nature.** . 170

# DE L'ANUS

## CONTRE NATURE.

La dénomination d'*anus contre nature*, prise dans son acception la plus large, peut sans doute être appliquée à tous les cas où les matières contenues dans l'intestin sont versées au dehors, en totalité ou en partie, par une ouverture autre que celle qui doit normalement leur donner issue.

Tout en prenant pour point de départ la circonstance très-générale de l'issue anormale des matières intestinales, les auteurs ont bientôt compris la nécessité d'établir des divisions profondes dans le sujet, et se fondant d'abord sur l'étiologie de la lésion, ils ont distingué trois genres d'ouvertures anormales du canal intestinal.

L'anus contre nature sera donc *congénital*, s'il existe au moment de la naissance;

*Accidentel*, s'il succède à une perforation fortuite de l'intestin;

*Artificiel* enfin, s'il est créé par le chirurgien dans un but quelconque. Les termes d'anus artificiel, d'anus

congénital, d'anus accidentel, sont compris de tout le monde, et l'usage les a consacrés; ils ne prêtent à aucune équivoque, ce qui indiquerait déjà qu'ils caractérisent nettement des choses tout à fait différentes.

Mais si l'on veut rechercher plus à fond les liens qui unissent ces trois genres d'anus contre nature, si l'on se demande quels sont les caractères qui autorisent à les placer dans la même classe, l'on s'aperçoit bientôt qu'aucune analogie véritablement importante ne les rattache les uns aux autres, et qu'il existe au contraire entre eux de profondes dissemblances.

Quelle lésion, en effet, constitue l'anus congénital anormal?

Comme personne ne songe à y rattacher les malformations du rectum ou de l'anus, tels que rétrécissements, imperforations ou absences avec leurs nombreuses variétés, la dénomination d'anus contre nature congénital s'applique uniquement aux cas dans lesquels il existe, en même temps qu'une malformation originelle, un orifice situé hors du siége naturel, et qui donne passage à la totalité ou à une partie des matières contenues dans l'intestin.

Examinons rapidement ces divers cas pour en déduire les caractères généraux.

L'ouverture anormale peut établir une communication entre le rectum et le vagin, alors même que l'orifice anal normal existe, comme dans le cas, devenu célèbre de Louis, et pour la publication duquel il ne fallut rien moins que l'intervention de la puissante autorité du pape Benoît XIV. Mais le plus souvent alors, le rectum est imperforé complétement ou incomplétement, ou il manque, et la communication

anormale dans le vagin a lieu directement par l'intermédiaire d'un pertuis plus ou moins étroit. C'est ce qui avait lieu dans les faits devenus classiques rapportés par Mercurialis, Van-Swieten, Benevienus, Fabrice d'Aquapendente, de Jussieu, etc.; dans ceux plus récents cités par Boyer, Amussat, M. Depaul, M. Golliez, etc. Il est juste de remarquer que dans bon nombre de cas de ce genre, l'ouverture vaginale a suffi à la sortie plus ou moins facile de la totalité des matières intestinales. Mais ce caractère, qui n'est certes pas constant, ne se retrouve ordinairement plus quand la communication anormale existe entre le rectum et la vessie; et les exemples n'en sont pas rares : c'est pour cette anomalie que Desault pratiqua l'anus artificiel par la méthode de Littre, sur le sujet dont Léveillé nous a transmis l'histoire. C'est encore ce qui existait dans les cas rapportés par Bertin (*Mém. Ac. Sc.*, 1771, p. 437), par Baudelocque (*Journ. méd.*, t. II), par Cavenne (*Arch. méd.*, 1824, p. 42), plus récemment par Pigné (*Soc. anat.*, 18e année), par Amussat (*Gaz. méd.*, 1842, p. 232), par Viard (*Soc. anat.*, p. 350, 1848), etc., c'était l'iléon qui s'ouvrait dans la vessie chez le sujet de Voisin (*Soc. méd. Turin*, t. XXI, p. 353), tandis que chez celui de Dubreuil, la communication avait lieu entre le colon et la vessie (*Gaz. méd.*, 1841, p. 251), et que le cas de M. Broca coïncidait avec d'autres anomalies. Il ne serait pas plus difficile de rassembler un grand nombre d'observations de communications anormales entre le rectum et l'urètre.

Flajani, Dumas, Poulletier de Lasalle, Potel, Williamson en avaient rapporté des exemples; M. Velpeau

en avait vu trois cas, et M. Godard en communiquait trois autres l'année dernière à la Société de Biologie. N'ayant nullement l'intention d'être complet, je ne multiplie pas ces citations, je ne m'attache pas même à indiquer les très-nombreuses variétés déjà observées et décrites, je renvoie pour plus amples détails aux ouvrages spéciaux et notamment à la thèse de M. Bouisson.

C'est en se fondant sur des apparences, plus séduisantes au premier abord, que l'on a rangé parmi les anus contre nature congénitaux, les cas dans lesquels l'ouverture anormale existait sur un point de la surface cutanée, sur la verge, comme dans le fait de Delmas, et dans ceux de MM. Cruveilhier et Fristo, ou au scrotum, comme dans le cas observé par Friedberg, ou bien enfin en un point de la vulve, comme l'ont observé Brachet, Dumas, Olivet, etc.

Il est facile de voir que, dans tous ces cas, l'orifice anormal n'est qu'un pertuis, conduisant dans un canal étroit, et qui ne saurait constituer un anus contre nature. Mais on a rencontré un orifice anal anormal dans d'autres régions encore. Ainsi, au dire de M. Velpeau, Cnoeffelius et Fristo auraient observé la terminaison de l'intestin à la région sacrée, chez des sujets qui offraient, en outre, d'autres anomalies nombreuses ; dans le cas de Hartmann, comme dans celui de Mery, il existait un large orifice à l'ombilic ; des cloaques sus-pubiens ont été signalés par J.-L. Petit, Geoffroy Saint-Hilaire, M. Houel ; enfin dans le genre aspalosome, Geoffroy a décrit un anus inguinal. Mais en vérité, ces cas sont tellement complexes, ils s'accompagnent d'anomalies si profondes qu'ils constituent de véritables monstruosités.

Si j'ai rappelé ces divers vices de conformation, ce n'est pas que j'en veuille faire ici la description, je veux montrer seulement qu'ils diffèrent essentiellement des anus contre nature accidentels par tous les caractères tirés des symptômes, de la marche, de la terminaison, et surtout de la thérapeutique. En effet, dans l'anus contre nature accidentel, une circonstance étiologique bien déterminée existe ; tantôt c'est la gangrène qui perfore une anse intestinale herniée et ses enveloppes, tantôt c'est un instrument tranchant qui ouvre à la fois l'abdomen et l'intestin. Dans l'anus congénital, au contraire, pas d'étiologie évidente ; un enfant naît avec une communication anormale entre deux organes qui doivent être distincts, ou avec une perforation anormale du tégument externe ; nous attribuons quelques-unes de ces malformations a un arrêt de développement, nous pouvons soupçonner dans d'autres cas un travail analogue à celui qui donne naissance aux fistules, suite de rétrécissements. Mais nous n'assistons point à l'évolution du mal, qui s'est faite pendant la vie intra-utérine, et nous retombons dans les hypothèses tératologiques dont nous ne contestons pas le très-haut intérêt, mais qui se tiennent en dehors de la chirurgie pratique.

Il sera moins difficile encore de saisir les différences qui séparent les deux genres morbides dans leur symptomatologie. Dans l'anus accidentel une ouverture anormale donne issue à la totalité ou à une partie des matières intestinales. A peine la lésion est-elle constituée que la nature lutte contre elle, travaille à la guérison spontanée, et y parvient souvent par un mécanisme tout spécial que nous étudierons ailleurs ; la nutrition

peut languir, mais c'est alors parce que les matières expulsées contiennent des éléments réparateurs. Dans l'anus congénital l'ouverture anormale présente bien une certaine tendance à se refermer, mais le mécanisme de cette occlusion est bien différent, il ne saurait être comparé qu'à la marche des rétrécissements en général et alors il est ordinairement funeste au lieu d'être favorable à la guérison; avec ce vice de conformation, la vie est souvent impossible sans l'intervention de l'art; mais si cette intervention est efficace, la nutrition est normale ou à peu près, car l'orifice anormal ne verse au dehors que les résidus de la digestion. Dans l'anus accidentel, l'ouverture anormale est la lésion principale, c'est elle qui constitue l'état morbide et ses conséquences; dans l'anus congénital, l'orifice anormal est un bienfait, c'est l'imperforation ou l'absence des organes qui constitue l'état morbide et ses dangers.

Les complications, les accidents consécutifs, offrent également de grandes différences dans les deux groupes : l'invagination, l'étranglement, la rupture des adhérences, les épanchements stercoraux appartiennent presque exclusivement à l'anus accidentel. Les phénomènes de retention constituent à eux seuls presque toute la gravité de l'anus congénital et ils font même quelquefois entièrement défaut.

Le pronostic offre des contrastes parallèles. L'anus contre nature accidentel, dès qu'il est établi, ne compromet pas ordinairement la vie d'une manière immédiate, il peut guérir complétement et sans secours. Mais si cette heureuse terminaison manque, le malade est toujours sous le coup d'accidents plus ou moins sérieux, plus ou moins prochains.

L'anus congénital ne guérit pas seul et il n'offre guère que deux alternatives si l'art n'intervient pas : ou une mort à peu près certaine et rapide, ou une innocuité relativement très-grande, comme cela s'est vu chez la juive dont parle Morgagni qui vécut plus de 100 ans, et la femme dont on trouve la graveleuse histoire dans le tome VIII de la nouvelle édition de la *Chirurgie* de Boyer.

La chirurgie opératoire est souvent appelée à intervenir et dans l'anus accidentel et dans l'anus congénital : mais c'est précisément pour remplir des indications toutes opposées. Dans le premier cas, on s'applique à fermer l'ouverture anormale; dans le second, on cherche à rendre plus large et surtout permanente cette ouverture, à moins qu'on n'en crée une nouvelle, soit dans la région naturelle de l'anus, soit ailleurs.

Sous le rapport du traitement, il existe donc encore une complète dissemblance entre les deux états, et l'on se trouve conduit à ne reconnaître enfin qu'une seule analogie, c'est la sortie anormale des matières; et encore que de différences dans le mode d'expulsion ! différences commandées par les variétés de conformation de l'orifice anormal dans les deux cas, etc., etc.

Dans l'anus accidentel, un orifice cutané versant des matières non complétement digérées et les versant en abondance; dans l'anus congénital, un orifice souvent étroit, versant soit directement au dehors, soit par l'intermédiaire d'une cavité muqueuse, des matières qui ont subi toute l'action digestive. Sans doute, il n'en est pas toujours ainsi, mais les exceptions sont rares, et quand elles existent, la lésion est le plus ordi-

nairement complexe, et la confusion n'est plus possible.

N'est-il pas d'ailleurs singulier que les communications recto-vaginales, recto-vésicales rangés, dans la classe des fistules, quand elles sont accidentelles, deviennent des anus contre nature quand elles sont congénitales ?

C'était donc avec raison que nous annonçions entre l'anus contre nature proprement dit et l'état pathologique congénital qu'on y rattache, des différences telles sous tous les rapports, que ces deux classes de maladies ne sauraient être étudiées ensemble.

Les anus contre nature congénitaux, qu'on leur conserve ce nom ou qu'on leur en donne un autre, sont des vices de conformation et à ce titre méritent de former une classe distincte. — Je me crois autorisé, d'après ces considérations à ne pas comprendre dans mon travail cette classe de lésions. Si, d'ailleurs, recherchant l'appui d'autorités, je consulte les auteurs modernes, je trouve que M. le professeur Cruveilhier, dans son *Anatomie pathologique,* range parmi les fistules tous les cas de communications anormales congénitales de l'intestin, et que sous le titre d'anus contre nature il ne s'occupe que de l'anus accidentel ; voilà pour la distinction scientifique. La distinction pratique est également consacrée par M. le professeur Velpeau, qui, dans son traité de médecine opératoire, intitule un chapitre : *Anus accidentel ou contre nature,* et traite à part des anus congénitaux qu'il classe justement dans les maladies du rectum.

La voie dans laquelle je m'engage m'était donc tracée par les maîtres, si elle ne l'avait été par la nature même du sujet.

Quant à l'anus artificiel, je me crois autorisé à l'éliminer de mon cadre pour les raisons suivantes :

1° C'est une opération ordinairement palliative, une ressource thérapeutique applicable à une foule de maladies ou de vices de conformation qui sont tout à fait étrangers à mon sujet. Comme je ne puis songer à décrire ces lésions, mon rôle se réduirait à faire l'énumération des procédés opératoires.

2° Les indications sont toutes différentes dans l'anus artificiel et dans l'anus accidentel. Dans le premier, c'est une ouverture anormale qu'on établit et qu'il faut rendre permanente pendant un temps voulu, ou même définitivement ; dans le second, au contraire, il s'agit d'une ouverture anormale qu'on s'efforce d'oblitérer.

3° L'anus artificiel et l'anus accidentel ont, à la vérité, des points de contact assez nombreux ; ainsi le premier, sous le rapport de l'anatomie pathologique, des symptômes, des complications, rentre dans les conditions de l'anus contre nature qui succède à une plaie de l'intestin par instrument tranchant ; or comme cette variété sera exposée plus loin avec tous les détails nécessaires, nous renvoyons à ce point de notre thèse.

Si, par hasard, on voulait oblitérer plus tard un anus artificiel qu'on aurait établi par nécessité, on trouverait, à propos du traitement de l'anus accidentel, tous les détails nécessaires pour accomplir cet objet.

J'estime dès lors que si, dans un travail du genre de celui-ci, l'on voulait entreprendre l'étude complète de l'anus congénital, accidentel et artificiel, l'on devrait envisager d'une façon tout à fait distincte ces trois genres de lésions, sous peine de confondre les choses les

plus disparates. Et comme je remarque que l'un porte partout et constamment le nom d'*anus contre nature*, et que les autres sont tantôt désignés sous ce nom, plus souvent sous un autre, je me trouve autorisé à ne traiter ici que de l'*anus contre nature proprement dit ou accidentel,* c'est-à-dire celui qui comprend les cas dans lesquels une lésion accidentelle a créé sur le trajet de l'intestin grêle ou du gros intestin une ouverture qui verse à l'extérieur la totalité ou une partie notable des résidus de la digestion.

J'ajouterai, du reste, comme dernier motif de ma détermination, que la chirurgie contemporaine, se basant sur des considérations nouvelles de physiologie pathologique, a apporté des modifications profondes et heureuses surtout dans le traitement de l'anus accidentel, et qu'il m'a paru utile et intéressant d'étudier ce sujet sous cette face nouvelle.

Amenée à cette signification restreinte, la dénomination d'anus contre nature laisse encore prise à une confusion regrettable, et dont j'éviterai, je l'avoue, difficilement l'influence dans plusieurs parties de ce travail.

Il n'existe, en effet, aucune ligne de démarcation bien tranchée entre les fistules stercorales et les anus contre nature proprement dits; on ne donne guère comme caractère distinctif que la quantité des matières alimentaires qui s'échappent au dehors, et dès lors la distinction reste arbitraire. Je pense qu'il faut tenir compte à la fois de deux ordres de caractères : 1° la facilité de l'issue des matières par l'ouverture anormale et la difficulté de leur passage par la voie normale ; 2° la disposition de l'intestin ouvert et la largeur de l'ouverture.

# CHAPITRE PREMIER.

## Anatomie pathologique de l'anus contre nature ou accidentel.

La disposition anatomique que présente l'anus contre nature accidentel est extrêmement variable ; mais au milieu de ces variations on retrouve des caractères constants, fondamentaux, sans lesquels l'anus contre nature n'est pas constitué. Ces caractères sont au nombre de trois : 1° une ouverture cutanée ; 2° une ouverture intestinale ; 3° un trajet intermédiaire. Or, toutes les variétés anatomiques vont se grouper autour de ces trois éléments constitutifs de l'anus accidentel, et ne seront que des modifications apportées dans la disposition de l'un ou de plusieurs d'entre eux, modifications qui dépendent des causes et du mode de formation de la lésion intestinale. C'est donc par l'étude successive de ces trois éléments que nous pourrons arriver à faire connaître les diverses physionomies qu'offre l'anus contre nature.

1° *Ouverture cutanée.* Cette ouverture a ordinairement une forme arrondie, quelquefois cependant elle est ovalaire ; le plus souvent irrégulière, elle se présente quelquefois sous la forme d'une fente presque linéaire. Ordinairement unique, l'orifice cutané

peut être multiple, c'est ainsi que dans un cas cité par Dupuytren, il existait deux ouvertures arrondies, il en était de même chez un malade de M. Guersent; quatre ouvertures existaient sur un des malades de M. Philippe Boyer; dans un cas observé par M. Velpeau, cinq ou six ouvertures étaient disséminées à la surface d'une tumeur grosse comme le poing. Il est fréquent que dans ces circonstances, une seule ouverture traverse les muscles et les aponévroses, les autres ne se prolongeant pas au delà de la couche sous-cutanée, ce qui complique singulièrement le trajet accidentel.

Les dimensions de l'ouverture cutanée sont aussi très-sujettes à varier, car on les trouve de 3 à 4 millimètres à 3 à 4 centimètres et même davantage.

Du reste quelles que soient la forme et l'étendue de l'ouverture extérieure, les bords en sont arrondis, mais cependant le plus souvent très-irrégulièrement; ils offrent une coloration rougeâtre, et sont humectés par un fluide séro-muqueux; tantôt indurés, calleux, tantôt mous; déprimés ou bien saillants et formant alors un bourrelet recouvert d'une membrane fine, vasculaire et sur laquelle on a pu reconnaître tous les caractères de la muqueuse intestinale, et même la présence des valvules conniventes (M. Jobert). Ce bourrelet muqueux, quelquefois très-saillant, forme une tumeur élevée de plusieurs centimètres, outre les cas dans lesquels toute la paroi intestinale est saillante au dehors, circonstance qui constitue l'une des complications, et c'est de coutume à la partie centrale de cette saillie muqueuse qu'il faut chercher l'orifice. Ce bourrelet quel que soit son volume, se continue avec la

peau, qui est souvent froncée au pourtour de l'orifice. Les bords peuvent prendre la forme de replis valvulaires, comme dans le cas cité par Vacher (*Mém. Acad. Chir.*, t. III, p. 515), disposition qui paraît indiquer qu'il a existé un décollement considérable au moment de la formation de la lésion.

Le siége de l'orifice accidentel à la surface du corps variera; mais comme il est sous la dépendance des causes, et que l'étranglement herniaire constitue l'une des plus fréquentes, c'est près des orifices herniaires qu'il faudra s'attendre à le rencontrer le plus souvent, ainsi à l'aine, à l'ombilic, au scrotum; mais il faut ajouter que si la lésion succède à une plaie, elle pourra occuper un des points quelconques de la paroi abdominale correspondant à la masse intestinale. Je pense qu'il y aurait lieu d'étudier séparément, au point de vue de leur constitution anatomique, les anus inguinaux, ombilicaux, etc.; peut-être y trouverait-on les éléments de quelques indications particulières à chaque région. Mais ce serait plutôt dans la disposition du trajet que ces modifications pourraient se manifester.

2° *Ouverture intestinale.* Cet orifice est unique ou double. Quand il semble unique, sa forme est arrondie, ou plutôt inégalement ovalaire, de manière à représenter une excavation plus ou moins profonde, sur les côtés de laquelle on rencontre les deux orifices de l'anse intestinale lésée; dans cette circonstance, l'orifice est formé aux dépens d'une portion seulement de la paroi intestinale. Ce sera le tiers, la moitié, les trois quarts de la portion convexe; quelquefois, cependant, c'est par

une de ses faces latérales que l'intestin a été ouvert. Le fond de l'ouverture est alors constitué par la paroi restée intacte de l'intestin, tapissée par sa muqueuse, et celle-ci peut ne pas faire de saillie appréciable et être même déprimée par une légère pression. Mais assez souvent aussi ce fond s'élève, il est convexe, puis anguleux, puis, d'autres fois, forme une saillie très-distincte, une bride, une valvule; l'on aura alors sous les yeux un angle saillant (Morand), le *promontoire* de Scarpa, l'*éperon* de Dupuytren. Ce promontoire ou éperon subdivisera le fond de la cavité en deux parties, dont chacune correspondra à l'orifice de l'un des bouts de l'intestin divisé. On comprend dès lors qu'il puisse exister une foule d'intermédiaires entre les deux dispositions extrêmes, celle dans laquelle on ne rencontre qu'un orifice appréciable, et celle dans laquelle l'on trouve deux orifices bien distincts, séparés par une cloison complète. Mais ces variétés que nous indiquons supposent toutes que les deux bouts arrivent au contact, que tous deux participent à la formation du fond de la cavité accidentelle; il n'en est cependant pas toujours ainsi, et c'est en pénétrant dans la cavité abdominale qu'il nous sera permis de signaler les dispositions diverses que présente l'intestin.

L'on trouve alors une anse de l'intestin grêle ou du gros intestin fixée à la paroi abdominale par des adhérences solides, si la maladie est déjà ancienne, mais qui, je dois le dire, naissent cependant toujours très-rapidement; car elles constituent la condition indispensable de la formation de l'anus contre nature. Dans un cas, Dupuytren a rencontré, en faisant l'autop-

sie d'un anus contre nature récent, les deux bouts de l'intestin, disposés de telle façon que l'un, rétréci et placé en haut et en dedans, sur le côté de la vessie, venait s'unir à l'autre qui, plus large, se tronvait en dehors et en bas. Leur union avait lieu au moyen d'adhérences très-molles qui les fixaient aussi au péritoine et non à l'anneau fibreux. Ces adhérences, sur le mode de formation desquelles nous aurons à revenir, seraient le plus ordinairement très-étendues, d'après les recherches de M. Legendre, consignées dans un mémoire lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 23 juillet 1856.

Cependant la partie de l'intestin, ainsi fixée par les adhérences, est tellement disposée qu'on y reconnaît aisément un bout stomacal ou supérieur, un bout rectal ou inférieur. Le bout supérieur ou stomacal est ordinairement plus large, plus dilaté que l'inférieur, et la cloison qui les sépare, lorsqu'elle existe, n'occupe pas la partie centrale de la perforation intestinale ; elle incline vers l'orifice du bout inférieur et peut même l'obturer complétement, comme dans un cas observé par M. Maisonneuve, et où cette disposition empêcha constamment la réussite des recherches faites dans le but de découvrir l'orifice du bout inférieur.

Le mode d'incidence des deux bouts, l'un sur l'autre et sur la paroi abdominale, offre aussi de nombreuses variétés : ainsi l'on peut rencontrer le bout supérieur descendant presque parallèlement le long de la paroi abdominale pour se continuer presque directement avec le bout inférieur ; c'est à peine s'il existe alors au niveau de la perforation une légère courbure à concavité postérieure ; mais plus souvent

cette courbure est très-marquée, très-anguleuse, et les deux bouts, s'inclinant l'un vers l'autre, arrivent au parallélisme et sont intimement unis par leur bord mésentérique.

On comprend du reste que l'inclinaison sera rarement la même pour les deux bouts et que l'angle plus ou moins ouvert qu'ils forment en arrière par leur rencontre, peut dépendre uniquement de l'obliquité de l'un d'eux. Cette différence d'inclinaison l'un vers l'autre que peuvent présenter les deux bouts de l'intestin et sur laquelle j'insiste, peut profondément modifier les symptômes et les indications thérapeutiques. Si le bout supérieur est parallèle à la paroi abdominale, et que le bout inférieur lui soit perpendiculaire, ne voit-on pas avec quelle facilité les matières intestinales s'écouleront au dehors, et la difficulté de leur passage dans le bout inférieur? Du reste, c'est l'inclinaison angulaire des bouts qui régit la disposition de l'éperon; celui-ci formant tantôt une saillie arrondie peu marquée, tantôt se relevant davantage et pouvant s'avancer comme un repli valvulaire jusqu'à l'orifice cutané. Constitué par l'adossement des deux bouts de l'intestin, cet éperon a la forme d'un croissant dont les angles sont dirigés vers la surface extérieure, ou bien, quand il est plus développé, il constitue un véritable plan interposé entre les deux bouts et se compose alors de toutes les tuniques de ces deux bouts. Quelle que soit du reste son étendue, à mesure que l'on s'approche du mésentère, on voit les deux lames de l'éperon s'écarter pour se séparer bientôt et se continuer avec la paroi intestinale.

Telles sont les circonstances dépendant de l'incli-

naison des deux bouts qui modifient l'aspect du fonds de la cavité anormale. Mais on rencontre des dispositions plus complexes et heureusement plus insolites, qui dépendent de ce que les deux bouts, au lieu de s'adosser, sont éloignés l'un de l'autre, ou bien qu'ils ont changé de position relative, qu'ils sont contournés, entre-croisés. Ainsi, dans un cas cité par M. Velpeau, le bout inférieur de l'iléon s'arrêtait à la partie inférieure et interne de l'anneau inguinal, le bout supérieur contournant en dehors le précédent, plongeait dans l'aine et formait seul l'orifice de l'anus anormal; ces deux bouts étaient adossés sur le côté. Dans un cas d'anus ombilical, le bout supérieur adhérait à l'anneau, tandis que le bout inférieur en était éloigné de plus d'un pouce; ces deux bouts communiquaient par un canal supplémentaire formé par l'épiploon, des pseudo-membranes et une anse d'intestin située derrière. Dans un autre cas dont je dois la connaissance à M. Topinard, une anse d'intestin grêle venant s'adosser à la partie supérieure de l'ouverture abdominale présentait sur sa convexité un orifice surmonté par un repli valvuleux, continuation de la paroi intestinale et permettant le passage des matières au dehors, mais empêchant l'introduction du stylet de dehors en dedans dans la cavité de l'intestin, ainsi que le montre la fig. 4 de notre pl. 1. Au côté interne de cette anse intestinale, s'en trouvait une autre qui lui adhérait, et une troisième encore était fixée entre les deux premières. Enfin, M. le professeur Laugier a signalé dans le *Bulletin chirurgical* (t. II), un entre-croisement tel, que le bout inférieur remontait de gauche à droite derrière le bout supérieur; une disposition analogue existait

chez le malade qui fait le sujet de la huitième observation du Mémoire de Dupuytren. (*Lec. oral.*, t. IV.)

Il me paraît inutile de citer un plus grand nombre d'exemples, ceux que je viens de relater suffisent pour faire voir combien peuvent être variées les dispositions qu'offrira l'anse intestinale fixée à la paroi abdominale. Cependant l'on peut rencontrer des cas complexes dans lesquels toutes les prévisions sont déjouées : tel est ce cas rapporté par M. Sédillot, dans lequel deux anses intestinales fixées dans la plaie abdominale s'ouvraient par 4 orifices. Quelle que soit la disposition qu'offre l'intestin, on peut le trouver coiffé par l'épiploon adhérent, ou bien plus rarement contribuant à former le fond de la cavité accidentelle. Travers, dans ses expériences, a signalé souvent des adhérences épiploïques, ce qui a conduit M. Jobert à la création d'un procédé autoplastique qui consiste à obturer la plaie intestinale avec l'épiploon, et qu'il nomme entéro plastie directe. On sait que Cayol a rencontré l'épiploon servant à obturer un intestin gangréné et ouvert dans le scrotum (Scarpa, *Tr. Her.*, p. 421) J'ai vu une pièce appartenant à la collection de M. Philippe Boyer, et que M. Legendre a fait figurer dans son excellent Mémoire : l'épiploon adhérait au point d'union des deux bouts de l'intestin et formait une sorte de corde tendue.

Toutefois les adhérences épiploïques méritent moins d'attirer l'attention que la disposition du mésentère. On le voit partir de la base de l'éperon et s'élever vers ses attaches vertébrales, plus ou moins plissé, quelquefois tendu, épaissi, induré, quand la lésion est ancienne ; c'est la *corde mésentérique* sur laquelle a tant insisté

Dupuytren, mais je dois remarquer que l'existence de cette espèce de corde est rarement signalée dans les autopsies. Cependant toutes les fois que la lésion a intéressé tout le calibre de l'intestin, elle a dû porter sur les attaches mésentériques et entraîner des altérations plus ou moins étendues dans ce repli péritonéal.

Un point non moins intéressant de l'étude anatomique des anus contre nature, ce sont les changements qu'éprouvent les parois intestinales dans leur constitution. Tous les observateurs ont noté l'augmentation de volume du bout supérieur, qui acquiert quelquefois des dimensions considérables, ce que Dupuytren attribuait à un surcroît d'activité; par contre, le bout inférieur dont les fonctions ont cessé ou à peu près, se rétrécit de manière à ne plus offrir quelquefois que le calibre d'un intestin d'enfant. Aucun chirurgien n'avait signalé l'oblitération complète du bout inférieur, lorsque M. Bégin rapporta un fait dans lequel le rectum n'offrait aucune cavité chez un individu dont l'anus contre nature datait de 40 ans. On comprend combien cette tendance qu'a le bout inférieur à se rétrécir intéresse le praticien.

Quelques auteurs, Lecat en particulier, avaient déjà noté l'hypertrophie des parois intestinales dans les anus contre nature un peu anciens, mais seulement dans le cas d'invagination. M. Legendre a fait dans son Mémoire une étude complète et intéressante des modifications qu'éprouvent les parois de l'intestin. Au-dessous de la tunique séreuse qui adhère à la paroi abdominale, on trouve une tunique musculaire, épaisse, hypertrophiée, mais en même temps tellement friable, qu'elle se laisse déchirer

à la moindre traction et n'adhére que lâchement à la tunique fibro-muqueuse. Je ne veux certes pas contester l'existence de cette hypertrophie, mais je dois remarquer que M. Legendre ne cite à l'appui des détails qu'il donne à ce sujet, que les résultats des expériences faites sur les animaux dont l'un fut sacrifié au bout de trente-six heures, l'autre au bout de neuf jours et le troisième le vingt-deuxième jour, et deux observations faites sur l'homme, dont l'une a trait à la malade de M. Denonvilliers, sur laquelle nous reviendrons. M. Legendre semble compter sur cette hypertrophie et cette friabilité de la musculeuse, pour faciliter certaines manœuvres opératoires, mais, je crois qu'il est prudent, jusqu'à preuves plus amples, de ne pas considérer ces modifications comme existant constamment, et, par conséquent, de ne pas les faire entrer en ligne de compte quand il s'agira de faire choix d'un procédé opératoire. Les changements que peut éprouver la muqueuse intestinale, vont nous occuper dans l'étude que nous allons faire maintenant du trajet intermédiaire.

3° *Trajet intermédiaire aux deux orifices.* Le trajet qui unit les deux ouvertures de l'anus contre nature est très-variable dans sa longueur, sa direction, sa largeur et sa texture.

Tantôt, en effet, ce trajet traverse la paroi abdominale directement d'avant en arrière, de sorte que les orifices sont très-rapprochés, tantôt, au contraire, il parcourt cette paroi très-obliquement, de manière que les deux orifices peuvent être éloignés l'un de l'autre de plusieurs centimètres ; enfin, dans des cas exception-

nels, il est vrai, ce trajet se prolonge au delà de l'épaisseur de la paroi abdominale pour aller, au moyen d'une sorte d'ajutage, à la rencontre de l'un des bouts de l'intestin. Notons de suite que ces différences ne portent nullement sur les modifications que le trajet intermédiaire éprouvera à mesure que la maladie sera plus ancienne. Tout en conservant son obliquité, le canal de communication peut être sinueux, anfractueux, offrir des diverticulums plus ou moins profonds (Chassaignac), des bifurcations qui s'ouvrent isolément à la surface de la peau ou dans la cavité intestinale. Sur une pièce montrée à la Société anatomique par M. Leudet, il y avait un canal unique vers l'intestin, mais qui se bifurquait vers la peau ; il en est ordinairement de même dans les cas d'ouvertures multiples. Cependant on trouve représenté dans la thèse de M. Alquié un cas dans lequel il existe véritablement deux canaux, chaque bout de l'intestin venant s'ouvrir isolément à la surface cutanée et séparé de l'autre bout par un pont de parties molles assez épais.

Il est rare que le trajet intermédiaire présente les mêmes dimensions dans toute son étendue; ordinairement il est plus large, plus évasé vers le fond où il s'insère sur le pourtour de l'ouverture intestinale, et plus étroit à l'entrée où il se continue avec la peau. La partie évasée, profonde, qui constitue une sorte de cloaque, de vestibule auquel viennent aboutir les ouvertures intestinales et l'ouverture abdominale, prend, dans certaines circonstances, un développement tel que Scarpa a cru devoir lui imposer la dénomination d'*entonnoir membraneux* (*imbuto membranoso*), *d'infundibulum* auquel il a fait jouer

un rôle important dans le mécanisme de la cure spontanée de l'anus contre nature. Les parois du canal infundibuliforme sont formées tantôt par les débris du sac herniaire et par des adhérences tapissées d'une membrane de nouvelle formation analogue à celle qui revêt tous les trajets fistuleux, tantôt par la paroi intestinale elle-même, doublée d'adhérences plus ou moins épaisses, de callosités plus ou moins prononcées, circonstances capitales sur lesquelles j'aurai à appeler l'attention plus tard et que je ne fais que signaler ici ; car, je le répète, je n'indique que les caractères anatomiques généraux et variés que peut présenter l'anus contre nature, indépendamment des modifications qui sont sous la dépendance de la cause, du siége, de la marche de la lésion, et dont l'étude se rattache au mécanisme de la formation de l'anus contre nature.

Toutefois, de cette étude générale des caractères anatomo-pathologiques, il résulte que l'anus contre nature a une ouverture dont l'étendue est variable, que son fond présente un éperon ou n'en présente pas; qu'il offre souvent un entonnoir, mais que cet entonnoir peut manquer, ce qui constitue deux genres bien distincts ; puis, qu'en les combinant on trouve d'autres variétés comprenant les cas dans lesquels l'éperon et l'entonnoir manquent, ceux dans lesquels l'éperon existant, il n'y a pas d'entonnoir, et réciproquement ; qu'enfin la cavité anormale ou infundibulum est tapissée, tantôt par une pseudo-muqueuse, tantôt par une véritable membrane muqueuse.

---

# CHAPITRE II.

## Étiologie et mode de formation de l'anus contre nature.

La formation de l'anus contre nature suppose : 1° que l'intestin et la paroi abdominale ont éprouvé une solution de continuité ; 2° que les deux solutions de continuité sont maintenues rapprochées par des adhérences suffisamment solides. Or, ces deux conditions peuvent se trouver remplies dans les cas : 1° de hernies; 2° de plaies; 3° d'ulcérations, de corps étrangers et d'abcès.

Ces circonstances étiologiques différentes vont justifier et expliquer les distinctions établies par l'anatomie pathologique. Toujours est-il que la communication anormale s'établira de dedans en dehors, c'est-à-dire de l'intestin vers la peau, ou de dehors en dedans, c'est-à-dire de la peau vers l'intestin.

1° *Anus contre nature consécutifs aux hernies.* Quand une hernie est étranglée, si l'étranglement persiste et qu'il soit assez serré, il ne tardera pas à produire la mortification, la perforation d'une partie plus ou moins considérable de l'anse intestinale, circonstance qui s'annoncera par des symptômes que je n'ai pas à rappeler ici. Mais ce résultat final n'arrive pas sans qu'il se développe une phlegmasie plus ou moins vive dans la séreuse intestinale, et particulièrement aux

environs de l'étranglement. Cette inflammation produit promptement un épanchement plastique, source d'adhérences plus ou moins étendues. Je n'ai pas à discuter ici la question, aujourd'hui controversée, de savoir si la gangrène est sous la dépendance immédiate de la constriction ou de l'inflammation. (*Voy.* Broca, *Th. étrang. dans les hernies,* p. 112 et suiv.) Mais la phlegmasie existe; qu'elle soit primitive ou consécutive à l'étranglement, elle produit l'adhérence du pourtour du sac à l'intestin, qui se trouve dès lors fixé à l'un des points de la paroi abdominale. Et ainsi se trouve remplie l'une des conditions de la formation d'un anus contre nature.

Ces adhérences, qui sont le salut du malade dans cette fâcheuse circonstance, peuvent manquer, ainsi que l'ont noté tous les chirurgiens, ainsi que je le constate aujourd'hui même sur une pièce que me remet M. Verneuil; alors le malade est menacé d'un épanchement abdominal. Elles peuvent n'exister que dans une étendue peu considérable, ne s'étendre qu'entre l'intestin et le collet du sac, une exhalation séreuse remplissant la cavité du sac; cela suffit pour fixer l'anse intestinale et protéger la cavité péritonéale. Mais souvent aussi les adhérences prennent une extension beaucoup plus grande; c'est un point que M. Legendre s'est appliqué à faire bien ressortir. Il a vu les adhérences s'étendre rapidement sur les chiens qui servaient à ses expériences. Sans doute, il ne faudrait pas conclure complétement de ce qui se passe chez le chien à ce qui se passe chez l'homme; les chiens supportent bien mieux les lésions des intestins, et cela en vertu de la promptitude plus grande avec la-

quelle se fait l'exhalation plastique chez ces animaux. Toutefois, chez l'homme, les adhérences protectrices s'étendent quelquefois très-loin sur l'anse intestinale, et même sur les anses voisines ; en même temps, elles s'étendent aussi dans la cavité du sac herniaire, qu'elles soudent plus ou moins complétement à l'intestin, ainsi que le démontre un fait que je rapporterai à un autre point de vue, et dont je dois l'observation à un ancien interne des hôpitaux, M. Fleurot, aujourd'hui médecin distingué à Dijon. Ce résultat manque cependant souvent à cause de l'exhalation qui se fait dans la cavité du sac, ainsi qu'on en trouve des exemples dans le Mémoire de Louis. (*Mém. Ac. ch.*, t. III, p. 175.)

Cependant la perforation qui doit définivement créer l'anus contre nature s'établira de plusieurs façons. Si la maladie est abandonnée à elle-même, l'inflammation s'accroît, les parois intestinales s'altèrent, puis une escarre s'en détache; et bientôt, au contact des matières stercorales, la phlegmasie des enveloppes de la hernie redouble, la suppuration s'y établit, la peau s'altère, des phlyctènes s'y développent, elle se perfore dans un ou plusieurs points, selon le volume de la hernie ; les matières stercorales s'écoulent au dehors mêlées de gaz et de pus, et pour peu que l'ouverture ait une certaine étendue, elle persiste et l'anus contre nature est formé. Si une portion de l'intestin seulement a été serrée par l'étranglement, on ne trouvera pas d'éperon au fond du trajet, mais s'il s'agit d'une solution de continuité étendue, on peut s'attendre à trouver un éperon. En tous cas, par le fait d'une inflammation aussi intense, et au mi-

lieu de dégats si considérables, le sac sera détruit en entier ou les parties restantes seront confondues avec l'intestin et avec les tissus voisins. Ce sera donc la cavité même de l'intestin qui correspondra à l'ouverture cutanée, sans l'intermédiaire obligé du sac herniaire.

Mais le plus souvent ce n'est pas de cette façon que s'établit l'anus contre nature dans le cas de hernie. Ordinairement, le chirurgien intervient et de plusieurs façons. Tantôt, certain que la perforation intestinale existe derrière la peau encore intacte, il pratique une incision qui donne immédiatement issue aux matières fécales, et l'anus contre nature est dès lors constitué avec moins de dangers pour le malade ; s'il y a du doute sur l'existence de la perforation intestinale, le chirurgien se contente d'ouvrir le sac et alors, s'il trouve l'intestin évidemment gangréné, il l'ouvre, ou il en résèque une partie plus ou moins considérable. On peut citer comme cas à peu près extrêmes sous ce rapport, celui dans lequel Hoin enleva un pied d'intestin (*Essai sur différentes hernies*, p. 431), et celui qui nécessita l'ablation de 10 pouces d'intestin chez un malade de M. Lambossy, de Nyon (*Rev. méd. chirurg.*, t. XVI). Cependant le chirurgien constitue ainsi un anus contre nature, dont la nature avait fait les premiers frais ; et quant au mode de formation de l'anus anormal, c'est là un cas intermédiaire entre l'anus accidentel et l'anus artificiel proprement dit. C'est alors que Lapeyronie voulait fixer l'anse intestinale au moyen d'un fil, précaution souvent parfaitement inutile, et contre laquelle s'éleva Scarpa.

Mais si le degré d'altération de l'intestin est douteux et que cet intestin soit repoussé dans le ventre,

le malade reste exposé à un épanchement abdominal, ou, si des adhérences se sont formées, à un anus contre nature qui s'établira consécutivement et qui existant sur un intestin contenu dans la cavité abdominale sera ordinairement sans éperon (M. Velpeau), d'autant plus qu'en pareille circonstance la paroi intestinale n'est pas complétement détruite. C'est là un mode de formation de l'anus anormal analogue à celui que nous retrouvons dans le cas de perforation spontanée de l'intestin, et qui, du reste, n'amènera fort souvent qu'une simple fistule stercorale. Quoi qu'il en soit, le point sur lequel j'insiste, c'est que, dans les divers cas, ou bien l'intestin, quand il sera ouvert, sera adhérent au sac et alors ce sera sa cavité qui formera le canal anormal, ou bien les adhérences seront très-limitées et alors une portion du sac restera comme intermédiaire entre l'ouverture de l'intestin et celle de la peau; ce qui constitue en définitive déjà deux grandes variétés quant à la composition anatomique possible des parois de la cavité intermédiaire, de l'infundibulum.

Cependant la solution de continuité a quelquefois lieu dans la hernie étranglée d'une autre façon. L'agent de l'étranglement peut ulcérer à son niveau la paroi intestinale et en produire ainsi l'ouverture : si la section ne porte que sur l'un des bouts de l'anse qui se détache, l'autre bout pendra dans la cavité du sac : c'est ce qui existait chez un malade de Dupuytren, c'est ce qui se voit encore sur la pièce que m'a montrée M. Verneuil. Si, en outre, la hernie comprenait plusieurs anses, il y aurait plusieurs ouvertures comme chez le malade de M. Sédillot (*Gazet. hebdom.*, t. II, p. 460.) Toutefois en pareille circonstance, le malade est encore plus exposé

à un épanchement abdominal qu'à la formation d'un anus contre nature.

Il faut rapprocher de ce mode de production de l'anus accidentel, les cas où une anse d'intestin a été comprise dans la ligature du cordon ombilical comme dans le cas de M. Rendu (*Bull. Soc. anat.*, 1842); comme dans un cas de M. Robert, et cette variété peut être très-curieuse en ce sens que la perforation peut porter sur un diverticulum de l'intestin grêle comme dans le cas de M. Jobert. (*Bull. Soc. anat.* 1852.)

Il m'a paru utile de suivre ces divers modes d'évolution de l'anus contre nature, parce qu'ils ne me semblent pas toujours avoir été interprétés clairement ni même exactement, quant à la constitution de la cavité qui persiste. Ainsi pour Scarpa, pas de doute, l'intestin est mortifié plus haut que le sac qui reste en totalité ou en partie, et qui au moyen d'un mécanisme indiqué par le chirurgien de Pavie, constituera *l'entonnoir membraneux*.

Voici en effet ce qu'il dit à cet égard : « Tous les « chirurgiens savent que le sac ne participe pas tou- « jours à la gangrène des viscères contenus dans la « hernie, et que lors-même qu'il y participe, comme la « séparation des parties gangrenées se fait au delà de « l'anneau inguinal, il reste presque toujours en cet « endroit une portion du col du sac herniaire parfai- « tement saine. Ainsi donc on peut dire que dans tous « les cas, aussitôt après la séparation de l'intestin « gangrené, soit qu'elle ait lieu au delà ou en deçà de « l'anneau, les deux orifices se trouvent enveloppés « dans le col du sac herniaire qui bientôt, par l'effet de « l'inflammation, contractant des adhérences avec eux,

« sert pendant un certain temps à diriger les matières « fécales dans la plaie extérieure et à empêcher qu'elles « ne se répandent dans le ventre. » Puis il ajoute : « Cette adhérence du col du sac herniaire autour des « orifices n'empêche pas ces derniers de s'éloigner de « l'anneau inguinal et de s'enfoncer de plus en plus dans « la cavité abdominale. » Et plus loin : « Il ne sera « pas difficile de prouver, je crois, que la continuité « du canal intestinal ne devrait jamais se rétablir si ces « deux orifices de l'intestin divisés par la gangrène, « contractaient des adhéreuces avec le bord tendineux « de l'anneau inguinal ou de l'arcade crurale. » (*Traité des hernies*, p. 267). Nous trouverons indiqué plus tard au moyen de quel mécanisme le sac herniaire forme l'entonnoir membraneux. Cependant, à vrai dire, Scarpa ne peut noter aucune autopsie à l'appui de son assertion sur la persistance du sac herniaire; car, des trois faits qu'il rapporte, l'un est relatif à un malade mort un an après la formation de l'anus contre nature (1804), l'autre se rapporte à un malade mort après plusieurs années, et chez le troisième, il n'y avait pas de gangrène. Or, disons-le dès maintenant, si l'on examine les résultats de ces autopsies, l'on voit que Scarpa n'a pu s'assurer alors de la constitution de l'entonnoir membraneux. Il dit avoir constaté la continuité du péritoine et de l'entonnoir, et avoir distingué sa texture de celle du tissu cellulaire de l'aine; mais chez des malades aussi anciens, est-il possible, je le demande, qu'au niveau des adhérences de l'anse intestinale, il n'y ait pas une union intime entre les diverses parties? et d'ailleurs la planche que donne Scarpa dans son atlas et qui représente le

résultat de l'autopsie de son deuxième malade, cette planche que j'ai fait reproduire (*fig.* 1), démontre que la cavité infundibuliforme se continue directement avec la paroi intestinale, et la *fig.* 2 empruntée au même atlas, prouve bien qu'il en doit être ainsi. Sans doute, ces faits montrent que Scarpa a trouvé entre les deux bouts de l'intestin une cavité, un vestibule, un entonnoir, et que les deux bouts de l'intestin ne s'abouchaient pas directement ; mais ces faits ne prouvent que cela, et ne sauraient suffire à montrer la formation de cet entonnoir. Il est facile, du reste, de comprendre comment cet éminent chirurgien a pu être entraîné à énoncer une conclusion qui n'était comprise qu'implicitement dans ses observations. Scarpa avait à renverser l'idée généralement accréditée à son époque, qu'au bout d'un certain temps les deux extrémités de l'intestin s'abouchaient directement ; il rencontre deux cas dans lesquels il trouve une large cavité intermédiaire, il constate par des expériences, l'utilité de cette cavité pour rétablir la continuité du canal, et dès lors, voulant en indiquer l'origine, il crée toute sa doctrine de la formation de l'entonnoir par le sac herniaire, et cela certainement par voie d'induction ; mais il sera facile de démontrer que cette induction est exagérée.

Scarpa regarde comme constantes la persistance du sac herniaire dans le cas de gangrène de l'intestin et l'adhérence de l'anse, seulement au pourtour du collet du sac, par conséquent la liberté de celui-ci dans l'anneau. Or, nous acceptons que si l'inflammation n'a pas été intense, si surtout la perforation intestinale a été faite principalement par la constriction de l'agent de

l'étranglement, les adhérences peuvent être limitées au collet du sac, que celui-ci persistera en totalité ou en partie lors de l'ouverture des enveloppes herniaires, que dès lors, il sera utilisé dans la formation du trajet infundibuliforme : mais nous ne nous croyons autorisé à admettre que cela. Nous voyons en effet, que dans une pièce de M. Goyrand, on put se convaincre que le sac herniaire n'était pas nécessaire à la formation de l'entonnoir. La gangrène avait en remontant détruit l'intestin dans la fosse iliaque, le bout supérieur avait quitté le sac et il n'en existait pas moins un entonnoir membraneux formé par une poche supplémentaire qui transmettait les matières dans les débris du sac et de la plaie. Dans la pièce d'anus ombilical décrite par M. Velpeau, il en était de même (*Voy.* plus haut, p. 17). De plus, quand l'intestin s'est gangrené dans un long canal comme le canal inguinal, l'inflammation commençant par la membrane séreuse des bouts de l'intestin, se propage à la surface interne du sac et lui adhère ; c'est ce que M. Fleurot constata chez son malade : le sac adhérait de toutes parts à l'intestin. De plus, quand l'étranglement aura produit cette série d'accidents qui précède l'élimination des parties mortifiées, quand le tissu cellulaire aura été ravagé par des clapiers purulents, que la peau sera décollée ou gangrenée dans une étendue souvent considérable, est-il probable que le sac puisse survivre seul au milieu de cette désorganisation générale? L'observation directe a d'ailleurs démontré que le sac s'exfolie presque toujours, qu'après la chute des escarres tous les tissus ambiants s'agglutinent et que le trajet qui s'établit se recouvre d'une pseudo-mem-

brane analogue à celle qui tapisse tous les trajets fistuleux, comme le disent Dupuytren, MM. Velpeau et Jobert? « Jusqu'à présent, dit ce dernier, je n'ai pas observé un infundibulum formé par le sac herniaire ; dans tous les cas où je l'ai rencontré il était créé par une membrane pyogénique. (Ch. plast.; t. II, p. 99), A mon avis, l'entonnoir membraneux de Scarpa, que j'étudierai bientôt plus amplement, mériterait plutôt le nom de *pseudo-membraneux* ou *cicatriciel.*

Mais quand l'intestin n'a pas été détruit dans une grande étendue, que la portion qui entoure l'escarre a contracté des adhérences avec le sac, ces adhérences maintiennent les deux organes unis, et, quand la perforation de la peau a lieu, c'est l'ouverture intestinale qui se présente directement. Alors, c'est la cavité de l'intestin tapissé de sa muqueuse qui constitue le trajet, et l'on a, sinon un entonnoir, du moins un canal accidentel tapissé par la membrane muqueuse. Cette présence de la muqueuse intestinale dans tout le trajet avait été constatée par Dupuytren, qui pourtant n'y ajouta pas l'importance qu'elle mérite : « Chez le plus *grand nombre* des sujets, dit-il, les bords de l'ouverture cutanée adhérents aux parties sous-jacentes sont inclinés vers la cavité abdominale et immédiatement continus avec la membrane muqueuse de l'intestin. » (Dict. en 15 vol. art. Anus). Cette constitution du trajet accidentel, se retrouve dans tous les pièces que nous avons examinées.

Que l'on veuille bien jeter un coup d'œil sur la figure 5 qui représente une pièce déposée au musée Dupuytren sous le n° 246, et dont l'observation est consignée dans les *Bulletins de la Société anatomique*

(t. xv, p. 80); on y verra que les deux bouts de l'intestin s'adossent pour se continuer par un canal unique jusqu'à l'ouverture cutanée.

La figure 6, qui représente une pièce donnée au musée par M. Gosselin, offre la même disposition, plus évidente encore s'il est possible.

On remarquera, sans doute, que dans ces deux cas l'entérotome a été appliqué, mais je ferai observer que, dans ce moment, il ne s'agit pas de l'étendue du canal intermédiaire, dont j'aurai à m'occuper plus tard, mais bien de sa constitution anatomique, de sa structure, et l'application de l'entérotome ne saurait en rien modifier ces caractères. Et d'ailleurs, pour l'interprétation de la pièce d'A. Bérard, j'ai à citer l'autorité de M. Cruveilhier, qui a examiné cette pièce et qui dit : « Les deux bouts de l'intestin sont fixés dans ce cas directement à l'anneau, et la membrane muqueuse intestinale se continue directement avec la peau » (*Anat. path.*, t. II, p. 607); et pour la deuxième pièce, j'ai l'interprétation de M. Gosselin lui-même. (*Communication orale.*)

M. Malgaigne, qui repousse la doctrine de Scarpa, n'accepte pas que le sac tapisse jamais le conduit fistuleux ; il pense que le sac resté adhérent et les parties voisines peuvent être transformés en tissu muqueux accidentel ; mais alors ce tissu, doublé de tissu inodulaire, devra se rétracter, et l'on aura une fistule stercorale. Dans le véritable anus contre nature, c'est la muqueuse intestinale qui tapisse le trajet ; « car, dit-il, le sac adhérent a disparu, il n'y a plus de séreuse, c'est l'anse intestinale elle-même qui quelquefois arrive jusqu'à la peau. » (*Moniteur des hôp.*, t. II.)

De toute cette discussion, il résulte, comme je l'avais

indiqué en anatomie pathologique, que, dans le cas d'anus contre nature suite de hernie, le trajet accidentel peut être formé par une pseudo-membrane, dont les éléments sont fournis par les adhérences voisines, et par les débris du sac quand ils existent ; c'est le trajet pseudo-membraneux qui, s'il se présente dilaté dans son fond, méritera le nom d'*entonnoir membraneux* ou *pseudo-membraneux ;* mais, dans d'autres circonstances, ce trajet intermédiaire est tapissé tout entier par la muqueuse intestinale, et alors, s'il se dilate à son fond, ou spontanément, ou par le bénéfice du traitement, il constituera un vestibule qui mérite le nom d'*entonnoir intestinal*, entonnoir au fond duquel, selon l'étendue de la lésion, l'éperon pourra exister ou ne pas exister.

Nous verrons plus tard l'importance de cette distinction.

2° *Anus contre nature consécutif à une plaie.* Si un instrument tranchant ou contondant vient à porter son action sur la paroi abdominale et qu'il intéresse à la fois cette paroi et l'intestin, il pourra s'établir un anus contre nature, mais par un mécanisme qui ne sera plus le même que tout à l'heure. Ce sera alors de dehors en dedans qu'agira la lésion. Des deux conditions nécessaires à l'établissement de l'anus accidentel, la première, l'ouverture commune à l'intestin et à la paroi abdominale, sera d'abord remplie; mais les adhérences qui, le plus souvent, dans le cas de hernie, s'établissent primitivement, manqueront fréquemment, ou ne se formeront que consécutivement. Dans le premier cas, l'intestin ouvert plongera dans la cavité péritonéale, il y versera les matières qu'il contient et alors il se produira un épanchement

circonscrit ou diffus, selon la largeur de l'ouverture. C'était pour éviter cet accident redoutable que Lapeyronie voulait fixer l'anse intestinale dans la plaie, que Palfin appliquait son procédé de suture, que Littre fermait le bout inférieur et fixait le bout supérieur dans l'ouverture accidentelle. Ces chirurgiens préféraient assurer la formation de l'anus contre nature plutôt que de courir les chances de l'épanchement abdominal, et, en cela, ils pouvaient avoir raison dans certains cas. C'est, au contraire, pour éviter la formation de l'anus accidentel que, depuis Ramdor jusqu'à M. Jobert, jusqu'à M. Gely, etc., les chirurgiens ont imaginé des procédés de suture pour fermer la plaie intestinale.

Quoi qu'il en soit, si l'anse intestinale blessée peut rester libre sur la paroi abdominale, elle peut aussi y être fixée par des adhérences et ces adhérences se forment vite, d'après les recherches de Travers, de M. Jobert.

La rapidité de la formation et de l'extension des adhérences a été bien démontrée par M. Legendre, qui a vu aussi que l'épiploon venait concourir à leur formation et que leur propagation se faisait ordinairement très-loin, sur la face séreuse de l'intestin, conditions importantes pour l'établissement de l'anus accidentel et qui jouent un rôle considérable dans les modifications qu'il doit subir ultérieurement; notons en outre que pour M. Legendre ces adhérences existent, à la fois au niveau de la blessure du péritoine, au niveau de la plaie extérieure et entre ces deux points. Ainsi pourra se trouver remplie, dans le cas de plaie, la *seconde condition* de la formation de l'anus contre nature; et il devient facile de comprendre comment cette cause

est souvent indiquée par les auteurs des observations.

C'est ainsi que l'on trouve signalés comme cause les coups d'épée, de couteau, etc., comme chez un malade de M. Gosselin. Fabrice de Hilden raconte l'histoire d'un homme chez lequel la blessure fut produite par une chute sur un pieu. Un malade de Dupuytren dans un accès de manie s'était retranché deux pouces de l'intestin grêle contenu dans une hernie. Ce fut par un coup de corne de bœuf que la lésion fut produite dans un cas de M. Sorbets. Il suffit de lire le mémoire de Sabatier sur l'anus contre nature (*Mém. Ac. chir.*, t.v) pour trouver les cas rapportés par Dionis, Albinus, Moscati, etc. Et en parcourant les divers ouvrages où l'on traite de plaies d'armes à feu, on voit que des balles, des éclats de bombe, d'obus, etc., ont pu produire le même résultat. D'autres fois, c'est la main du chirurgien qui a conduit l'agent vulnérant comme dans le cas dont parle Stalpart Vander Wiel, et chez un des malades de Leblanc. Il en fut de même dans le cas de M. Collier, où une hernie ombilicale fut ouverte pour un abcès; et dans celui de M. Richet (*Bul. Soc. anat.*, 1849, p. 228), où la même erreur amena l'ouverture d'une hernie crurale. C'est ainsi encore, mais sciemment alors qu'agissait ce charlatan des environs de Douai et de Cambrai dont parle J.-L. Petit et le père de cet étudiant en médecine, qui, comme le dit M. Velpeau, ne traitait pas autrement les hernies étranglées.

Quel que soit, du reste, l'agent vulnérant, il est utile de rechercher quelle sera disposition des anus contre nature produits par cet ordre de causes, et de voir comment cette disposition peut différer de celle que présentent les anus accidentels, suite de hernie

Quand la paroi abdominale et l'intestin sont ouverts, les viscères contenus dans le ventre tendent à s'échapper par la plaie des parois de l'abdomen, ainsi que l'avait bien indiqué J. Bell et que le savent tous les expérimentateurs et les chirurgiens qui pratiquent l'opération de l'anus artificiel. Ce sera en vertu de cette tendance que l'intestin blessé pourra s'appliquer contre la paroi abdominale, s'engager entre les lèvres de la plaie et s'y fixer par des adhérences ; et comme la blessure de la paroi intestinale a pour résultat d'amener la saillie de la muqueuse (Travers, Jobert, Legendre), cette tunique se présentera la première et bientôt les adhérences maintiendront l'anse blessée dans toute l'étendue de son trajet à travers la paroi abdominale (Legendre). Ne voit-on pas que dès-lors ce trajet sera tapissé par la muqueuse? circonstance importante au point de vue de la curabilité de cette classe d'anus contre nature.

Ce canal muqueux variera du reste dans sa forme, dans son étendue, dans sa direction, suivant la forme, l'étendue, la direction de la plaie. Si la paroi intestinale est intéressée dans une petite largeur, on ne trouvera pas d'éperon au fond du canal accidentel ; si au contraire elle est complétement coupée ou à peu près, l'éperon existera, et sous ce rapport il y a analogie complète avec ce qui se passe dans les hernies. Quand dans ces cas la cavité intermédiaire existe, elle représente une sorte de cloaque intestinal, ou bien, au moyen des adhérences, il se forme un entonnoir pseudo-membraneux, d'après un mécanisme que j'aurai à indiquer. J'ai cité quelques exemples dans lesquels s'offraient ces caractères, et j'aurais pu en augmenter le nombre. Seulement, j'ajoute tout de suite que le

développement de la cavité intermédiaire infundibuliforme rencontre alors des difficultés plus grandes que dans le cas de hernie. Somme toute, sauf les variétés de fréquence et de mécanisme, nous retrouvons ici encore produits par ce genre de cause, des anus contre nature avec ou sans éperon, avec ou sans infundibulum.

Je ne ferai que signaler en passant un autre mode d'action des corps contondants et qui a pour résultat d'amener la déchirure de l'intestin sans rupture des parois de l'abdomen. (*Voy.* Velpeau, *Dict. en* 30 *vol., art.* Abdomen), tels : un coup de pied de cheval sur une hernie, le passage d'une roue de voiture (Richter), l'application du manche d'une fourche sur une hernie (Vacher, *Mém. ac. ch.*, t. v).

De ces faits se rapprochent ceux dans lesquels la communication a été établie entre l'intestin grêle et le vagin, variété de fistules que l'on rattache aux anus contre nature. Nous en trouvons des exemples dans l'observation de Casamayor, où la pression de la tête de l'enfant occasionna la perte de substance, ainsi que dans l'observation de cette blanchisseuse de Sèvres, chez laquelle une application de forceps amena la même lésion, et qui acquit une triste célébrité par l'opération que Roux lui pratiqua. (*La Cliniq. des hôp.*, t. II, p. 229.)

3° *Anus contre nature produit par des ulcérations, des corps étrangers, des abcès, etc.* Mais, nous l'avons dit, la perforation de l'intestin et de la paroi abdominale pourra encore être produite de dedans en dehors par la présence de corps étrangers dans la cavité intestinale, ou par une lésion spontanée des parois de l'intestin.

C'est ainsi qu'on a signalé, comme causes de la perforation de l'intestin, des épingles, des pépins de raisin, des noyaux de prune, de cerise, des matières fécales endurcies, des os pointus, des pieds-d'alouette (J.-L. Petit), une lame de fer-blanc longue de 30 centimètres, large de 3 centimètres; et, si l'on a pu contester ce qu'avait dit Richter, que des vers intestinaux ont perforé la paroi intestinale, on ne saurait conserver de doute en présence du fait rapporté à l'Académie de médecine par M. Velpeau, au nom de M. Royer, de la pièce montrée par M. Bailly à la Société anatomique et de celle qui existe au musée Dupuytren, dans laquelle on voit l'ascaride lombricoïde engagé dans la paroi intestinale. Les ulcérations tuberculeuses ou autres de l'intestin peuvent encore amener la perforation de l'organe, et, par suite, un anus contre nature, comme dans le cas de M. Rombeau, comme dans celui de M. Leudet (*Soc. anat.*, 1850). Mais que la perforation ait lieu par une de ces ulcérations ou par l'action d'un corps étranger, le mécanisme sera le même. La perforation intestinale ne se fera pas sans provoquer une inflammation adhésive qui la fixera à la paroi abdominale; le trajet se formera lentement, mais en même temps plus sûrement, et alors, suivant l'étendue de la perte de substance, le canal accidentel sera avec ou sans éperon. La première disposition est rare, parce que l'intestin perforé est dans la cavité abdominale, circonstance défavorable à la formation de l'éperon (Velpeau).

Mais il faut ajouter que, dans ces cas, le canal sera tapissé par une membrane de nouvelle formation qui rendra la guérison plus facile, et, comme ordinairement la perforation n'est pas très-étendue, on com-

prend que cet ordre de causes produira plus souvent de simples fistules stercorales que de véritables anus contre nature. Toutefois, selon que l'ouverture abdominale correspondra plus ou moins exactement avec l'ouverture intestinale, le trajet sera direct ou indirect, droit ou sinueux, simple ou multiple.

Enfin, notons que certaines causes pourront produire la lésion intestinale d'une façon mixte en quelque sorte, parce qu'elles auront leur point de départ dans la paroi abdominale; c'est ainsi qu'agiront les abcès des parois abdominales, le cancer des ganglions de l'aine (Potier, *Soc. anat.*, etc.), et c'est alors que la perforation intestinale et la perforation abdominale, quand elles arrivent, trouvent un trajet tout formé.

Il serait certainement facile de multiplier les exemples de ce genre sans vouloir y rattacher ces cas dans lesquels la communication accidentelle a pu être établie entre l'utérus et l'intestin grêle par un cancer (*Dict. en* 30 *vol.*, t. VIII, p. 485) ou par l'intermédiaire d'un kyste de l'ovaire (*Journ. de Sédillot,* t. IX, p. 392), etc.

Si maintenant l'on veut bien se reporter à l'étude que nous venons de faire des causes de l'anus contre nature, l'on comprendra pourquoi l'intestin grêle en sera le siége le plus fréquent dans le cas de hernie et de plaies, et pourquoi le gros intestin sera relativement plus souvent intéressé par les autres causes. C'est ainsi que, sur 14 observations que j'ai prises au hasard, j'ai noté que 13 fois l'iléon était ouvert. J'accorde que cette statistique mériterait d'être faite sur une plus grande échelle. Cette même connaissance des causes rend compte de la grande fréquence relative des anus contre nature de la régioninguinale.

## CHAPITRE III.

### Des modifications qui se produisent ultérieurement dans l'anus contre nature.

J'ai cherché à montrer les variétés anatomo-pathologiques que pouvait présenter l'anus contre nature, quant à l'étendue et à la composition du trajet anormal qui le constitue. J'ai voulu ensuite rechercher dans l'étude des causes et de leur mode d'action les raisons de ces différences; je dois maintenant essayer d'indiquer l'influence des dispositions anatomo-pathologiques diverses sur la marche ultérieure de la maladie.

L'anus contre nature, envisagé au point de vue des modifications qu'il va subir, offrira des détails extrêmement intéressants, et me permettra, je crois, de présenter quelques considérations encore neuves.

Il est certain que l'anus contre nature, une fois établi, a dans beaucoup de cas une tendance marquée à guérir spontanément, et il suffit de parcourir les *Traités des Hernies* de Leblanc, de Richter, d'A. Cooper, le *Mémoire* de Louis, etc., pour rencontrer un grand nombre d'exemples de ces guérisons spontanées, que nous constatons seulement quant à présent, sans chercher à en découvrir la fréquence relative.

Il n'est pas moins positif qu'au contraire, certains anus contre nature tendent à persister, et que l'intervention de l'art peut seule les guérir, quand, toutefois, elle n'est pas elle-même impuissante. Or, l'étude des

conditions qu'offrent les anus contre nature qui guérissent spontanément, et du mécanisme que la nature emploie pour obtenir ces guérisons spontanées, ne saurait être indifférente à l'homme de l'art qui, s'il vient à les découvrir, n'aura qu'à se faire l'imitateur fidèle de la nature. De cette étude ressortira comme corollaire la connaissance des causes qui empêchent ou retardent la guérison. Ces deux éléments de la question devront être étudiés séparément.

1° *Des conditions et du mécanisme de la guérison spontanée de l'anus contre nature.* — Les chirurgiens qui ont précédé Scarpa, et qui avaient cependant eu l'occasion d'observer souvent la guérison spontanée de l'anus contre nature, ne semblent pas avoir été frappés de ce résultat; ils n'ont fait aucun effort pour s'en rendre compte, et leur doctrine est restée fort simple sur ce point. Ils pensaient que les deux lèvres de la plaie intestinale, adhérentes à la plaie abdominale, se rapprochaient à mesure que celle-ci se formait, et finissaient par s'aboucher d'une manière exacte. C'était cependant une opinion plus rationnelle qu'exprimait Hoin, dans son Essai sur différentes hernies, à propos d'une observation fort remarquable, dans laquelle, après une perte de 12 pouces d'intestin, il n'était resté qu'un trajet fistuleux. « Il est vraisemblable, dit-il, que le rétablissement du canal intestinal s'est fait immédiatement après que les bords du mésentère, dont l'escarre gangréneuse s'est détachée, ont été réunis et cicatrisés. Il y a lieu de croire aussi qu'alors les deux bouts de l'intestin se sont trouvés l'un près de l'autre, du côté du mésentère, qu'ils se sont soudés postérieurement, que leur partie antérieure est restée béante

jusque dans le voisinage de l'anneau, où elle a contracté des adhérences, et que le tissu cellulaire lui a fourni une espèce de couvercle. »

Cependant, ce fut Scarpa qui, le premier, chercha à approfondir ce sujet et institua toute une doctrine qui a eu sur la thérapeutique de l'anus contre nature la plus grande influence. J'ai eu l'occasion d'indiquer comment ce chirurgien avait été amené à reconnaître, entre les deux bouts de l'intestin, l'existence d'un *entonnoir membraneux,* comment, pour lui, cet entonnoir était formé par les débris du sac herniaire : « car, disait-il, à mesure que la place se resserre, la partie la plus extérieure du sac herniaire se rétrécit aussi: mais celle qui embrasse les deux orifices de l'intestin s'élargit de plus en plus, et forme alors une sorte d'entonnoir, de cavité intermédiaire qui met en communication les deux bouts de l'intestin ; ces adhérences du col du sac herniaire autour des deux orifices n'empêchent pas ces derniers de s'éloigner de l'anneau inguinal et de s'enfermer de plus en plus dans la cavité abdominale. C'est un fait certain et confirmé par un grand nombre d'observations, soit qu'on l'explique par l'action tonique et la contractilité de l'intestin lui-même et du mésentère, soit qu'on l'attribue avec plus de vraisemblance à la contractilité du tissu cellulaire qui unit le col du sac herniaire aux parois abdominales au delà de l'anneau (*loc. cit.*). »

Je ne reviendrai pas sur l'examen des faits sur lesquels Scarpa base son opinion; mais je note que pour lui la formation de l'entonnoir membraneux implique deux conditions : la présence de la totalité ou d'une partie du sac herniaire, et le retrait de l'intestin dans la cavité abdominale; et comme l'entonnoir mem-

braneux lui semblait nécessaire à la guérison spontanée, toutes les fois que ces conditions manquent, il n'y aura aucune tendance à cette guérison. Tel serait le cas, dans les anus contre nature succédant aux plaies de l'intestin, aux hernies ventrales, que Scarpa déclare incurables par les seules forces de la nature. Examinons ces divers points.

Si l'on fait l'autopsie d'individus morts longtemps après la guérison d'un anus contre nature, on trouve souvent l'intestin éloigné de la paroi abdominale, quelquefois de plusieurs centimètres et y étant toutefois encore fixé par un cordon fibreux plus ou moins volumineux. On peut constater cette disposition sur la pièce que j'ai fait représenter *fig.* 7, *pl.* 11. Cette pièce, qui fut montrée à la Société anatomique en 1849, provient d'une femme chez laquelle un médecin avait ouvert une hernie crurale, croyant avoir affaire à un abcès. Cette malheureuse opération produisit ainsi un vaste anus contre nature, que M. Richet traita par la compression de l'éperon. La malade étant morte un mois après le commencement de ce traitement, d'une maladie intercurrente, on put constater que les adhérences qui unissaient l'intestin à la paroi abdominale étaient minces, très-faibles et quoique courtes, avaient permis un retrait manifeste. Déjà Dupuytren avait appelé l'attention sur cette disposition, en signalant sur plusieurs pièces l'existence d'un cordon fibreux et plein, long de quelques lignes à quelques pouces, étroit et laissant à l'intestin une grande mobilité. M. Legendre a aussi rencontré dans les autopsies, et cela fort longtemps après la guérison, ce cordon fibreux, qu'il considère, avec Scarpa et Dupuytren, comme le vestige de l'infundibulum.

Toujours est-il que dans ces cas l'intestin a abandonné la paroi abdominale, et qu'il y a lieu de rechercher la cause de ce retrait. Scarpa invoque, en effet, l'action tonique et la contractilité de l'intestin et du mésentère, mais surtout la contractilité du tissu cellulaire, qui unit le col du sac herniaire aux parois abdominales au delà de l'anneau, et il compare ce phénomène à celui qui fait rentrer les viscères herniés avec leurs adhérences au sac après le débridement, ce dont il donne un bel exemple dans son atlas, *pl.* VI. Dupuytren pensait que le mésentère, fixé d'une part à la colonne vertébrale, et de l'autre à l'angle de l'anse engagée, remplit le rôle d'un cercle tendu dont l'action se fait sentir dans les divers mouvements. Il argue des cas dans lesquels, comme chez le malade de Lecat, comme chez celui de Desault, comme chez un des siens, le redressement du tronc ne pouvait avoir lieu. Il argue, en outre, des résultats fournis par les autopsies, dans lesquelles on a constaté l'existence de la *corde mésentérique,* et des cas dans lesquels cette tension du mésentère a paru suffire pour rompre les adhérences de l'intestin; il argue enfin des bons effets qu'il a obtenus du décubitus dorsal dans le traitement de l'anus contre nature. C'était, dans les idées de Dupuytren, une action purement mécanique qu'exerçait le mésentère, tandis que Pipelet avait comparé ce repli du péritoine à un ressort et que Scarpa lui accordait la contractilité. Déjà M. Demeaux, dans sa thèse sur la hernie crurale (1843), avait combattu l'opinion de Dupuytren et attribuait le retrait de l'anse intestinale aux contractions répétées de l'intestin et en particulier à celles du bout supérieur dont l'activité fonctionnelle est accrue. Cette opinion a été

développée avec beaucoup de talent par M. Legendre (*loc. cit.*), qui réserve cependant une certaine action aux adhérences qui unissent la séreuse de l'intestin à celle de la paroi abdominale. Après avoir fait voir que les résultats fournis par les autopsies n'étaient pas favorables à la doctrine de Dupuytren, M. Legendre remarquant l'hypertrophie de la tunique musculaire, rappelant que les contractions incessantes de cette tunique ont été observées par Lecat, Desault et autres, estime que ces contractions agissent sur l'entonnoir membraneux de manière à en augmenter la capacité, et tirent surtout sur la partie supérieure du sac qu'elles allongent en l'éloignant du pourtour de l'anneau. Il me paraît certain qu'il faut accorder aux contractions de l'intestin le principal rôle, quoiqu'il semble difficile de se rendre compte exactement de leur mode d'action. Ne pourrait-on pas dire que les fibres longitudinales, qui lorsque l'intestin est libre dans la cavité abdominale, redressent ses courbures, trouvant un point d'appui sur la paroi de l'abdomen, exercent nécessairement une traction sur ce point? Et alors une sorte de lutte s'établit entre l'action des deux bouts de l'intestin et la résistance, qui est ici représentée par les adhérences et la contraction des muscles de l'enceinte abdominale qui tendent incessamment à pousser les viscères au dehors. Dans le cas où une anse intestinale a été détruite jusqu'à son bord adhérent, le mésentère compris dans la lésion s'enflamme, comme tous les tissus celluleux, il se rétracte et alors sa rétraction vient en aide aux efforts exercés par la tunique musculeuse. Si, comme le pense Scarpa, l'intestin n'adhère qu'au col du sac herniaire, il aura peu d'efforts à faire pour attirer celui-ci, s'en créer une

cavité supplémentaire, et alors, selon le chirurgien de Pavie, cette cavité supplémentaire, cet infundibulum, dont le sommet se sera oblitéré, permettra aux liquides intestinaux de contourner l'éperon, de reprendre leur cours normal, et la guérison sera effectuée.

Il est certain que les choses peuvent se passer ainsi dans les conditions qu'indique Scarpa, et qu'alors le col du sac herniaire persistant peut, par le retrait de l'intestin, contribuer à la formation de la cavité intermédiaire.

Mais j'ai montré que souvent dans l'anus contre nature, suite de hernie, le sac était détruit et que les adhérences s'étendaient à l'anneau; de plus, dans le cas de plaies de l'intestin, le sac n'existe pas, et cependant les chirurgiens savent qu'alors, contrairement à l'opinion de Scarpa, la guérison spontanée peut s'effectuer. Percy, Larrey, en ont rapporté des exemples, et il y a quelques jours, M. Gely, de Nantes, constatait la guérison spontanée d'un vaste anus contre nature de la région ombilicale. Dans ces circonstances, les contractions intestinales, aidées par la rétraction du mésentère et peut-être par celle de l'épiploon, suffisent à vaincre la résistance qu'opposent les cicatrices ; celles-ci se laissent distendre, s'allongent pour suivre les orifices des deux bouts dans leur retrait, et suffisent à former une cavité intermédiaire, qui permettra, comme dans le cas précédent, le rétablissement du cours normal des matières, et la guérison se complètera par la rétraction du trajet accidentel. Dans ce cas, la guérison sera due tout entière aux contractions de l'intestin et à la rétraction des adhérences, et la cavité intermédiaire méritera le nom d'entonnoir *cicatriciel* ou *pseudo-membraneux*.

La cavité intermédiaire dont nous venons de voir deux modes de formation possibles, n'est cependant pas complétement nécessaire à la guérison spontanée, et de plus elle n'est pas suffisante pour la produire. — Elle ne satisfait, en effet, qu'à l'une des exigences de cette guérison, en facilitant le rétablissement du cours des matières; mais la seconde condition, c'est-à-dire l'occlusion du trajet accidentel, ne peut être remplie que par la propriété de rétraction du tissu qui forme ce trajet, et la possibilité de la formation d'adhérences entre ses parois. L'occlusion de l'ouverture accidentelle qui, dans ces circonstances, complète la guérison commencée par la création de l'entonnoir, peut suffire seule à la guérison dans les cas où une inclinaison anguleuse des bouts de l'intestin n'a pas amené la formation d'un éperon trop prononcé. Ce sera là un troisième mode possible de guérison spontanée.

Nous admettons donc que la guérison spontanée de l'anus contre nature pourra avoir lieu : 1° par formation d'une cavité intermédiaire ou infundibulum aux dépens des débris du sac et des couches pseudo-membraneuses qui le tapissent et par le retrait de l'intestin vers la cavité abdominale; 2° par la formation d'une cavité intermédiaire aux dépens des adhérences cicatricielles et le retrait de l'intestin; 3° par le simple retrait desadhérences sans formation d'une cavité accidentelles. Ces trois modes de guérison se combinent le plus souvent.

Nous sommes loin de la doctrine exclusive de Scarpa, qui, préoccupé surtout de l'obstacle qu'opposait le promontoire au cours des matières ne put voir qu'une des faces de la question, qu'une des conditions de la guérison, qu'il basait tout entière sur la formation de

l'entonnoir, sans s'occuper du mode d'occlusion du trajet anormal, sur la composition duquel il avait des idées incomplètes.

2. — *Des causes qui empêchent la guérison spontanée de l'anus contre nature.*

Il sera facile de déduire ces causes des remarques qui ont précédé. La guérison spontanée ayant lieu par le rétablissement du cours normal des matières et l'occlusion de l'orifice accidentel, toutes les causes qui empêcheront l'une ou l'autre de ces deux conditions, ou toutes les deux de se réaliser, seront un obstacle à la guérison de l'anus contre nature.

Parmi les causes du premier ordre, c'est-à-dire celles qui s'opposent au rétablissement du cours des matières, il faut noter : l'inclinaison angulaire ou le parallélisme des deux bouts de l'intestin qui amène la formation d'un éperon très-prononcé. L'éperon ne constitue pas seulement un obstacle par sa longueur, mais il peut encore fermer l'orifice du bout inférieur en s'inclinant vers lui. A ces causes, qui s'opposent à la guérison, il faut ajouter : le rétrécissement prononcé du bout inférieur ou son obturation complète, comme dans le fait de Dupuytren, et ces dispositions des deux bouts que j'ai signalées en anatomie pathologique, telles que leur éloignement (M. Velpeau), leur croisement plus ou moins complet (M. Laugier). Il en serait encore de même dans le cas où le bout supérieur, après s'être plongé dans le scrotum, par exemple, se contournerait de diverses manières pour remonter dans l'abdomen, tandis que le bout inférieur situé au-dessous parcourrait un trajet direct et très-court pour

rentrer dans cette cavité; ou encore si la mortification, ayant porté à diverses hauteurs, avait produit des découpures qui empêchent tout parallélisme des bouts. Un cas plus complexe encore est celui qu'offrait le malade de M. Sédillot; j'aurai occasion d'y revenir. Ce genre d'obstacles, en empêchant le cours normal des matières, oblige celles-ci à passer par le trajet anormal, et entretient ainsi la maladie.

Mais il est un autre ordre de causes qui empêchent la guérison en s'opposant directement à l'occlusion du trajet accidentel, et ces causes il faut les chercher dansla structure de ce trajet lui-même.

Lorsque le chirurgien veut établir sur un point quelconque de l'économie une ouverture permanente, ou qu'il veut aggrandir une ouverture déjà existante, il se place dans les meilleures conditions possibles pour arriver à son but, s'il parvient à placer au contact des surfaces qui ne peuvent adhérer entre elles, et c'est là l'une des propriétés bien connues des membranes muqueuses. Aussi voyons-nous Dieffenbach recommander pour agrandir l'orifice buccal rétréci, de doubler la plaie par la muqueuse renversée; l'application du même principe est recherchée pour la création des anus artificiels. J'ai montré que, dans le cas d'anus contre nature, suite de plaie, et quelquefois aussi dans ceux qui succèdent aux hernies gangrenées, c'était la muqueuse intestinale qui tapissait tout le conduit anormal, il n'en faut pas davantage pour empêcher toute adhésion des parois de ce conduit. Si la voie physiologique des matières intestinales est libre, la présence seule de la muqueuse suffira pour empêcher la guérison.

Une autre circonstance qui seule ou unie à la précédente, contribue puissamment à la persistance de l'anus contre nature, c'est la solidité des adhérences. Si dans la lutte qui s'établit entre les efforts de contraction des deux bouts de l'intestin et la résistance des adhérences, celles-ci ne cèdent pas, l'intestin reste fixé dans la paroi abdominale au lieu de tendre à y rentrer; non-seulement il y reste fixé, mais encore il y supporte la pression des contractions de l'enceinte abdominale et sa muqueuse est incessamment poussée vers la cavité du trajet anormal.

Je pense donc qu'il est nécessaire de tenir compte de la structure du conduit anormal dans l'appréciation des obstacles à la guérison spontanée, et que parmi ces conditions de structure, il faut noter en première ligne, à ce point de vue, la présence de la muqueuse intestinale et la solidité des adhérences.

C'est pour n'avoir pas vu cette face de la question que Dupuytren, engagé dans la voie où les recherches de Scarpa l'avaient amené, créa une méthode thérapeutique, ingénieuse sans doute, efficace quelquefois, mais par laquelle cependant l'on obtient ordinairement que des guérisons incomplètes. Que l'on jette un coup d'œil sur la figure 5 et sur la fig. 6, pl. II, et l'on verra qu'il existe entre les deux bouts de l'intestin un large entonnoir, que l'éperon détruit ne pouvait plus être un obstacle à la guérison; et cependant l'anus contre nature a persisté, parce que la cavité intermédiaire était constituée par la muqueuse elle-même; parce que c'était un *entonnoir intestinal.*

Ces idées nouvelles sur les causes de la persistance de l'anus contre nature, entrevues seulement de nos

jours, ont déjà eu sur la thérapeutique de ce genre de lésion une influence que nous ferons ressortir avec soin. Si maintenant, poussant ces recherches plus loin encore, l'on voulait caractériser en quelques mots la marche ultérieure qui sera imprimée à l'anus contre nature par sa constitution même, l'on pourrait voir que l'anse intestinale engagée dans la paroi abdominale, y sera soumise à deux forces, l'une qui tend à la faire rentrer, l'autre qui la pousse au dehors, la première favorable à la guérison, l'autre défavorable, et que le trajet anormal sera formé par une pseudo-muqueuse ou par une muqueuse véritable, l'une permettant la guérison, l'autre l'empêchant.

---

# CHAPITRE IV.

## Symptômes et complications de l'anus contre nature.

1° *Symptômes.* Quand l'anus contre nature accidentel est exempt de toute complication, la symptomatologie en est fort simple.

Sur l'une des parois de l'abdomen, ordinairement dans l'une des régions où peuvent se produire les hernies, l'on trouve une ou plusieurs ouvertures, plus ou moins larges, à bords froncés et rougeâtres d'où s'écoulent les matières intestinales. La peau, qui entoure cette

ouverture, salie souvent par le contact de liquides âcres et irritants, présente des rougeurs, des excoriations, des crevasses qui deviennent la cause de démangeaisons extrêmement pénibles pour le malade.

Il serait inutile de rappeler ici les caractères variés que peut offrir l'orifice cutané dont le fond est inégal et tapissé par une couche d'apparence muqueuse recouverte d'une humeur visqueuse, muqueuse ou mucosopurulente. On a noté assez fréquemment que l'intestin, surtout à son bout supérieur, est agité de mouvements péristaltiques et antipéristaltiques quelquefois très-manifestes, ainsi que dans le cas rapporté par A. Cooper. « Le bout supérieur de l'intestin offrait, dit le chirurgien anglais, dans les mouvements péristaltiques, ce froncement que l'on a observé au moment où le rectum expulse les derniers restes des matières fécales. Ce qu'il y avait de bien remarquable dans ce cas, c'est que les derniers restes des matières étaient projetés avec assez de force, pour que le bord du bout supérieur n'en gardât aucune trace, tandis que l'orifice du bout inférieur, étant dans un relâchement complet, formait momentanément une sorte d'infundibulum qui recevait les matières et, se fermant sur elles, les faisait disparaître. » (A. Cooper. *Œuv. Chir.*, p. 265.)

Toutefois, l'on aura rarement l'occasion d'observer des mouvements aussi prononcés et se combinant assez bien pour contribuer au cours normal des matières; le plus souvent c'est une agitation légère, un petit va-et-vient qui se manifeste à l'orifice anormal, comme cela avait lieu chez l'un des malades de M. Gosselin, chez celui dont parle M. Carassus (*Rev. Méd. Chir.*,

1845, p. 277), et chez lequel l'application de l'eau froide rappelait les mouvements. On comprend, du reste, que ce symptôme ne saurait appartenir qu'aux anus contre nature dans lesquels l'intestin arrive jusqu'à l'ouverture cutanée.

Le caractère fondamental de la lésion consiste dans la sortie, par l'orifice accidentel, des matières contenues dans l'intestin. Cette évacuation pathologique est variable, quant à son mode, quant à la promptitude avec laquelle elle succède à l'ingurgitation des aliments, quant à la quantité et aux caractères des matériaux qui la constituent.

L'anus anormal n'étant muni d'aucun appareil musculaire, qui place la sortie des matières sous la dépendance de la volonté du malade, celui-ci est réduit à les voir s'écouler à chaque instant et se répandre sur les parties environnantes. Il est rare que cet écoulement ait lieu sans interruption ; il offre ordinairement des intervalles pendant lesquels l'orifice ne donne passage qu'a un suintement de matières muqueuses; j'ai cependant noté dans une observation que la sortie des matières fécales avait lieu continuellement. A. Cooper parle d'un malade qui pouvait arrêter la sortie des matières pendant un certain temps en mangeant du riz, ou des pois bouillis, ou du pain qui, suivant l'expression du malade, faisaient à la plaie une sorte de tampon au moyen duquel une demi-pinte de bière ou d'eau pouvait être retenue.

La rapidité avec laquelle les matières introduites dans l'estomac se présentent à l'ouverture anormale, a donné lieu à d'intéressantes recherches. Elle dépend, sans aucun doute, du siége de la perforation du canal

intestinal ; on comprend en effet que, toutes choses égales d'ailleurs, les aliments arrivent plus vite à une plaie du jéjunum qu'à une plaie du colon ; et il y a sous ce rapport une différence qui ressort d'observations dans lesquelles, le jéjunum étant ouvert, les matières s'écoulaient, de une à deux heures après leur ingestion, tandis que dans d'autres cas, la perforation portant sur la fin de l'iléon ou sur le cœcum, l'issue n'avait lieu que huit à dix heures après l'ingestion.

Dupuytren avait remarqué, et tous les observateurs ont pu constater, que, quel que soit du reste le siége de la lésion intestinale, le cours des matières est plus accéléré qu'à l'état normal, ce qui paraîtrait dû à l'hypertrophie qu'éprouve le bout supérieur qui, d'ailleurs, trouve un point d'appui dans son adhérence au pourtour de la perforation. L'évacuation est, dans certains cas, tellement prompte qu'on a pu la voir se faire, quelquefois, au bout de dix minutes, et sans que les aliments eussent subi d'altération, comme cela avait lieu chez le malade de Robertson (*Gaz. hebd.*, t. II, p. 203). On comprend toute la gravité d'une pareille circonstance qui ne permet plus l'absorption des matériaux nutritifs vu la rapidité de leur passage, et aggrave ainsi les mauvaises conditions de nutrition dans lesquelles se trouve déjà placé l'organisme.

La durée du séjour de l'aliment dans le canal digestif est encore sous la dépendance de sa nature, de sa consistance, de sa forme. Telles sont du moins les conclusions auxquelles est arrivé Lallemand, qui a voulu utiliser ces malheureuses circonstances pour éclairer quelques points de physiologie relatifs à la digestibilité des divers aliments. S'il a vu que les vé-

gétaux restaient dans le canal digestif, beaucoup moins longtemps que les viandes, les viandes rôties surtout; et en sortaient en général deux fois plus tôt que si l'on faisait prendre dans le même repas l'une et l'autre sorte d'aliments.

Je n'ai pas à interpréter les conséquences physiologiques de ces faits, on les trouvera exposées dans les *Leçons de physiologie,* de M. P. Bérard (t. II, p. 196), et dans le *Traité d'hygiène,* de M. Michel Lévy (t. I, p. 792). Je ne les rappelle ici que comme rendant compte en partie des variations que peut présenter la durée du séjour des aliments dans l'estomac chez les individus atteints d'anus contre nature.

L'aspect des *matières* qui s'écoulent est variable et dépend de leur consistance, du siége de la perforation, de la nature de l'alimentation et de la durée du séjour de l'aliment dans l'estomac ; la constatation de ces caractères divers est importante pour le diagnostic. Tantôt c'est une pâte molle, chymeuse, jaunâtre, fétide, qui s'écoule par la plaie ; tantôt c'est un magma d'une coloration variable, mêlé de débris végétaux, selon la nature des aliments introduits, que l'on peut retrouver intacts sur les bords de l'ouverture, tels sont les haricots, les lentilles, les morceaux de pruneaux, etc. (*Voy.* la Relation des expériences de Lallemand, thèse 1818) ; tantôt c'est un mélange de gaz, de liquides biliaire, pancréatique, muqueux, et de matières alimentaires plus ou moins altérées par la digestion ; tantôt, enfin ces matières sont solides, concrètes et se rapprochent davantage par leur consistance, leur aspect et leur odeur, des matières fécales normales. Toujours est-il qu'il est d'observation que l'odeur des matières

expulsées ainsi est moins fétide que celle des excréments normaux. A. Cooper signale, dans un cas, la coloration verte de la matière expulsée. Lallemand a rapporté qu'il a vu un malade chez lequel il se faisait tous les matins un écoulement d'un mélange de bile, de suc pancréatique, et de mucosités qui cessait dès que le malade avait pris des aliments.

La quantité des matières qui sortent par l'anus contre nature varie suivant la largeur de l'ouverture, suivant l'état du bout inférieur, suivant l'abondance de l'alimentation, et l'on comprend que les diverses observations doivent être très-différentes sur ce point. Il est des cas dans lesquels toutes les matières introduites dans l'estomac s'écoulent par l'ouverture anormale, mais dans ces circonstances même, l'anus normal donne de temps en temps passage à des selles, peu abondantes, il est vrai, et qui sont formées par les liquides sécrétés dans le bout inférieur et quelquefois par des lambeaux pseudo-membraneux. Ces selles muqueuses se renouvellent tous les quinze jours, tous les mois, et même plus rarement encore. Le plus souvent cependant, l'on trouve mentionnée dans les observations, la persistance de quelques selles normales, de telle sorte qu'il se fait un partage dans les matières à expulser; les unes suivant leur cours régulier, les autres sortant par l'ouverture anormale, et les proportions relatives dans lesquelles se fait le partage sont variables. Il me semble parfaitement inutile de citer des faits à l'appui de ces remarques, que le chirurgien devra avoir présentes à l'esprit; il suffira de parcourir les observations que je citerai plus tard pour constater ces variations qui ont une grande influence sur le pronostic. J'ajoute

que ce symptôme variera encore suivant l'ancienneté de la maladie, suivant sa marche et suivant les modifications successives qu'elle devra subir.

Du reste, quel que soit le siége de l'anus contre nature, il constitue non-seulement une infirmité dégoûtante, mais encore il est la source de coliques, de douleurs abdominales, de tiraillements qui peuvent être portés au point que le malade ne peut marcher que courbé en avant (Lecat, Desault). Il est, en outre, la cause fréquente d'accidents plus graves que j'aurai à indiquer, et surtout il a sur la nutrition et l'état moral du malade une influence que je dois signaler dès à présent.

L'influence que peut avoir l'existence d'un anus contre nature sur la nutrition est facile à comprendre; et l'on conçoit de même qu'elle sera d'autant plus marquée que le siége de la perforation sera plus élevé et que l'absence de selles par l'anus normal sera plus complète. Cependant, outre ces deux grandes causes d'épuisement, il en est d'autres dont il faut tenir compte. J'ai rappelé ailleurs que Lallemand avait constaté que : les végétaux peu riches en principes alibiles, se présentaient à l'orifice anormal beaucoup plus vite et moins altérés que les viandes rôties; cela implique que ces aliments qui n'ont qu'une faible dose de substance à livrer à l'action de l'estomac, n'ont pu subir complétement l'influence spéciale des sucs pancréatique, intestinal et biliaire. Dans ces conditions l'alimentation est très-incomplète, aussi les malades ne tardent-ils pas à adopter la viande pour nourriture exclusive, et sont-ils tourmentés par une faim insatiable qui les porte à des écarts de régime qui leur ont sou-

vent été funestes. Un malade dont parle Azéma dans sa thèse (*Th. de Montpellier*, 1821), ne mangeait que de la viande, et quand il fut guéri, il ne voulait accepter que des légumes comme nourriture.

Quel que soit cependant le genre d'alimentation adopté par le malade, sa nutrition souffrira. Dans certains cas, il se manifestera un amaigrissement tellement rapide que le marasme et la mort en seront la conséquence, et cela d'autant plus rapidement que le malade sera plus sujet à ces alternatives de diarrhée et de constipation si souvent notées en pareil cas. A. Cooper cite un malade qui mourut d'épuisement au bout de trois semaines, la plaie occupait le jéjunum, les solides ne séjournaient qu'une demi-heure. Un autre malade dont parle le même chirurgien, mourut au bout de 5 semaines. Le nègre observé par M. Robertson, s'amaigrissait rapidement, il en était de même d'une malade de M. Maisonneuve dont j'aurai à parler plus tard. Le malade pour lequel Desault créa sa méthode thérapeutique était d'une maigreur extrême; celui dont parlent Hoin et Leblanc (*Essai sur les hernies*) tomba dans le marasme et mourut.

Tel n'est pas cependant toujours le résultat de l'existence de ces anus contre nature : il serait facile de relever, dans les divers auteurs, un grand nombre d'exemples d'anus contre nature avec conservation de la santé. Dionis et Moscati en ont rapporté des cas; on cite partout le jeune homme duquel Couillard dit « *qu'il fientait* depuis dix ans par la bourse et que d'ailleurs il était gras, refait, carré, agissait et vaquait à ses fonctions ordinaires. » Lecat, Sabatier, A. Cooper citent des exemples analogues. Un malade

actuellement couché dans la salle de M. Velpeau, porte un anus contre nature depuis 15 ans, sans que sa santé soit notablement altérée. Il suffira de relire l'observation du mendiant dont parle Vacher (*Mém. Ac. Ch.*, t. III, p. 525), pour se convaincre, une fois de plus, avec quelle énergie l'organisme lutte contre les cause de destruction dont il est atteint. Il est difficile de comprendre ces différences dans l'influence que peut exercer l'existence d'un anus contre nature sur la nutrition, autrement qu'en tenant compte du siége, plus ou moins rapproché de l'estomac, qu'occupe la lésion. Ne faudrait-il pas ajouter toutefois, à l'insuffisance de l'alimentation, comme cause débilitante, l'influence de l'état moral dans le quel se trouvent presque tous les malheureux atteints de cette terrible infirmité? Si quelques-uns ont pu se servir de leur état pour exciter la compassion, ne savons-nous pas que le plus grand nombre sont incessamment préoccupés du soin de le dissimuler, et ne voyons-nous pas chaque jour ces pauvres gens, tellement frappés de l'existence misérable à laquelle ils sont condamnés, que la plupart viennent réclamer comme une faveur les bénéfices hasardeux des opérations les plus graves?

Tels sont les troubles qu'entraîne la présence d'un anus contre nature, à son état le plus simple; mais de nombreuses complications peuvent venir modifier et aggraver ces symptômes, en ajouter de nouveaux et de plus redoutables, ce ne sera qu'après avoir étudié ces complications, qu'il sera possible d'aborder l'étude du diagnostic.

2° *Complications.* — L'étude des complications per-

mettra de découvrir de nouvelles causes de persistance de certains anus contre nature.

J'ai eu occasion de faire remarquer que l'ouverture anormale, dépourvue de sphincter, laisse échapper continuellement des matières qui souillent la peau, l'irritent et y occasionnent des gerçures, des excavations, des érysipèles, etc. Je signale avec réserve un accident qui se trouve indiqué dans une observation de M. Pamard d'Avignon, dans laquelle il est dit que les règles s'écoulaient par l'anus accidentel.

Une complication beaucoup plus importante et beaucoup plus grave, c'est le renversement au dehors soit de la muqueuse, soit de toute la paroi intestinale. Il n'est pas rare en effet de trouver autour de l'ouverture cutanée, un bourrelet circulaire, rougeâtre, quelquefois saignant au moindre contact, très-douloureux, et augmentant de volume par la marche et par les efforts. Ce bourrelet peut être réductible ou irréductible à cause des adhérences qu'il a contractées, et c'est même pour des accidents de ce genre qui s'opposent à la guérison que M. Gosselin a créé un procédé ingénieux. Je crois que ce sera dans le cas de perforation de l'intestin grêle que l'on rencontrera le plus souvent cette complication, mais elle peut se présenter aussi lorsque la lésion porte sur le gros intestin. Il faut noter toutefois que ce dernier organe est exposé à un autre mode de renversement qui ne porte plus seulement sur la muqueuse et qui se produit dans les cas où la perforation n'intéresse qu'une portion de la paroi, l'ouverture cutanée ayant une certaine largeur. Alors la portion de paroi restée intacte vient bomber d'arrière en avant, puis, cédant insensiblement aux efforts de contraction

des muscles abdominaux, elle s'engage peu a peu dans l'ouverture anormale, forme un champignon muqueux qui, augmentant de volume, prend la forme d'un T, sur les parties latérales duquel on trouve deux pertuis, l'un qui conduit dans la partie inférieure, l'autre dans la partie supérieure du gros intestin. Cette forme d'invagination, plus fréquente dans le cas d'anus artificiel, peut cependant se produire dans le cas d'anus contre nature proprement dit.

Mais le renversement se présente ordinairement sous une forme plus grave; c'est celle qui a surtout occupé l'attention des chirurgiens sous le nom d'*invagination*.

Cette complication, dans laquelle toute la paroi intestinale est renversée au dehors, a été signalée dans le fait d'anus contre nature le plus anciennement connu, celui dont parle Hippocrate et qui se trouve rapporté partout. Cependant elle ne fut bien étudiée qu'après la connaissance de l'observation que Lecat communiqua à la Société royale de Londres. (*Phil. trans.* 1740 à 1750.) On croyait jusque là que l'intestin invaginé s'oblitérait; la dissection en montrant la disposition exacte des parties, prouva qu'il n'en était rien. Voici l'analyse de ce fait devenu célèbre.

Hernie inguinale droite étranglée chez une femme et abandonnée à elle-même Gangrène. — Anus contre nature; deux mois après, renversement de l'intestin.

C'était le bout inférieur ou rectal qui était le siége du renversement, car il ne donnait aucunement passage aux matières fécales, lesquelles sortaient par une ouverture située au-dessus de la base de la tumeur.

Quelque temps après le bout supérieur se renversa à son tour : les deux bouts d'intestin renversés formèrent sur le ventre une tumeur continue à deux branches, dont une, celle qui avait paru la dernière, laissait échapper les matières fécales. Cette branche, qui appartenait bien évidemment au bout supérieur, se réduisait dans le décubitus horizontal, tandis que l'autre était irréductible. Cette dernière, *probablement pour cette raison,* dit Lecat, *était moins saine et chargée de pustules*. Lecat conçut le projet de réduire, de contenir le bout inférieur, de le dilater à l'aide d'une canule, de rafraîchir les bords de l'ouverture et de les réunir à l'aide d'une suture. Vains efforts : la portion d'intestin qui répondait au bout inférieur ne put être réduite, bien que Lecat eût exercé des tentatives de réduction telles, que la surface de l'intestin laissait couler du sang de toutes parts. La malade, découragée, sortit de l'hôpital. Elle y rentra onze jours après pour une maladie interne à laquelle elle succomba.

A l'ouverture, Lecat ne trouva hors du ventre que la portion d'intestin correspondant au bout inférieur ; l'autre portion était complétement réduite. Les deux bouts d'intestin qui aboutissaient à l'anus contre nature appartenaient à la fin de l'iléon ; le bout supérieur avait à peu près son calibre ordinaire; le bout inférieur était fortement revenu sur lui-même. « Il « s'enfonçait dans l'ouverture des parties contenantes « du ventre jusqu'à l'extérieur de la tumeur à laquelle « il donnait naissance, puis se renversait de dedans « en dehors, comme un doigt de gant, remontait de « bas en haut, et revenait vers l'ouverture fistuleuse

« du ventre, avec laquelle il avait de très-fortes adhé-
« rences, de manière qu'il formait invagination en
« sortant replié en double. »

Le mémoire de Sabatier sur les anus contre nature ne renferme presque que des exemples de ce genre (*Mém. ac. ch.*, t. v). Le malheureux matelot observé par Desault, présentait aussi cette même complication. Je crois devoir donner quelques détails de cette importante observation :

« La portion d'intestin pendante au dehors depuis longtemps avait acquis un volume considérable. Sa figure était à peu près celle d'un cône de 9 pouces de hauteur, dont la partie moyenne faisait au-devant beaucoup de saillie. La base, un peu rétrécie, sortait de dessous un pli de la peau, un peu au-dessus de l'anneau inguinal ; son sommet tourné en arrière, et descendant jusqu'au milieu des cuisses, se terminait par un orifice très-étroit, par où s'écoulaient les matières fécales. Il ne rendait rien de semblable par l'anus, depuis l'instant de sa blessure ; cependant il allait à la selle tous les 3 ou 4 jours, mais pour rendre un peu de matière blanchâtre et consistante, qui n'était autre chose que la mucosité fournie par la portion d'intestin voisine de l'anus. Toute la surface de cette tumeur était rouge et ridée comme la membrane interne des intestins. On remarquait surtout, à sa partie inférieure, des rugosités qui semblaient être de ces replis valvulaires que forme la membrane interne des intestins. Au côté externe de cette masse, on voyait sortir par la même ouverture abdominale, une autre tumeur, petite, mais semblable à la première par sa couleur et sa consistance. Cette dernière avait une

forme ovalaire, et son extrémité, plissée comme une bourse à jetons, ne laissait échapper qu'un peu de mucosité. Ces tumeurs avaient un mouvement péristaltique, semblable à celui des intestins, et quelques gouttes d'eau suffisaient pour les faire rétracter sur elles-mêmes.

Ce genre d'invagination s'est aussi offert à l'observation de Dupuytren, de Blandin, etc.

Si l'on compulse les diverses observations publiées sur ce sujet, on voit que cet accident s'est manifesté quelquefois très-rapidement, mais le plus souvent un certain temps après la production de l'ouverture anormale, deux, trois, quatre mois ou plus, et à l'occasion d'un effort, d'un excès de régime. Ce fut à la suite de coliques déterminées par l'ingestion d'une grande quantité de châtaignes que le malade du chirurgien Bouland vit l'invagination se produire ; ce fut en faisant un effort que d'autres malades éprouvèrent aussi le même accident. Il faut ajouter, toutefois, qu'en lisant les observations à ce point de vue, souvent l'on ne trouve aucune cause déterminante ; le renversement paraît d'abord s'être produit peu à peu, lentement, et lorsqu'une cause intervient, elle n'a pour résultat que d'activer le développement de l'invagination.

L'intestin invaginé forme une tumeur cylindrique, rougeâtre, villeuse, sur laquelle on peut reconnaître quelquefois les valvules conniventes, d'autres fois des plis qu'il ne faut pas confondre avec ces valvules. Ce cylindre peut avoir 4, 10, et jusqu'à 60 centimètres de longueur. Chez le malade de Dessault, la tumeur avait 9 pouces de longueur et pendait entre les cuisses ; elle n'était guère moins étendue chez le soldat dont

parle Albinus. Le jeune homme cité par Fabrice de Hilden, portait un cylindre invaginé de 12 pouces, et enfin chez l'une des malades citée par Sabatier, la portion invaginée sortait par la région ombilicale et avait plus de 2 pieds et demi de long. L'intestin qui pend au dehors est tantôt verticalement dirigé, tantôt recourbé, ou contourné en spirale ce qui tient à la traction exercée par le mésentère. Il est agité de mouvements vermiculaires péristaltiques et antipéristaltiques, que l'on augmente encore par l'application de substances excitantes. Il est facile de concevoir, dès lors, que la cavité abdominale deviendra souvent le siége de tiraillements, de coliques plus ou moins fréquentes, de troubles plus marqués dans les digestions que dans les cas d'anus contre nature simples; c'est alors surtout que l'on a vu le malade, courbé en avant, marcher avec des béquilles.

Cependant, même dans les cas d'invagination très-étendue, il n'en est pas toujours ainsi, et l'on est surpris de voir une complication aussi grave ne pas donner lieu à des accidents. Le malade d'Albinus (*Annot. Acad.*, t. II), qui portait une double invagination de 9 pouces de long se maria et eut des enfants.

L'invagination porte sur un seul bout ou sur les deux bouts, Boyer pensait que dans le premier cas, le bout rectal était plus souvent invaginé, il se basait probablement sur l'examen des observations du mémoire de Sabatier ; l'opinion contraire, énoncée par Dupuytren, a prévalu. On trouve toujours à l'extrémité du cylindre invaginé un orifice par lequel s'écoulent les résidus des aliments, s'il s'agit du bout supérieur, ou seulement des mucosités, s'il s'agit du bout inférieur. Il

est rare que quand l'invagination porte sur les deux bouts, elle parvienne à un degré égal dans l'un et dans l'autre; tantôt c'est l'inversion du bout supérieur qui l'emporte, tantôt le bout inférieur s'étant invaginé le premier, a acquis un développement plus considérable. Dans ces cas, on observe deux cylindres qui divergent, et dont l'un donne issue aux matières stercorales, et l'autre à des mucosités. Lorsque le bout inférieur est seul le siége du renversement, les matières s'écoulent par un orifice placé à la base de la tumeur, ordinairement en dehors. (*Mém. ac. ch.*, t. v, Sabatier.) La surface libre de la tumeur est lubréfiée par un mucus transparent et il est remarquable qu'elle ne revêt jamais l'aspect de la peau. Tous ces caractères se trouvent admirablement indiqués dans les détails d'une observation que j'emprunte au *Traité d'Anatomie path.* de M. Cruveilhier (t. 1er, p. 543).

Un homme âgé de 45 ans entra à l'hôpital pour un anus contre nature avec invagination irréductible, suite d'une hernie étranglée qui s'était terminée spontanément par gangrène. Cet anus contre nature datait de 2 ans 1/2; l'invagination était double; la principale, longue de 8 à 9 pouces, avait la forme d'un boudin recourbé sur lui-même à son extrémité inférieure. Lorsque le malade gardait le lit, la tumeur se réduisait de 9 pouces à 6 : aussitôt qu'il se levait, elle reprenait presque immédiatement sa plus grande longueur; aussi le malade s'était-il condamné à garder le lit. Comme le matelot dont parle Desault, qui recevait l'anus invaginé dans un pot de terre attaché à sa ceinture, ce malheureux fut instinctivement conduit à recevoir sa tumeur dans un vase de terre dont la surface

lisse l'incommodait beaucoup moins que le linge dont il s'était servi quelque temps. La surface de la tumeur était d'un rouge vif, enduite de mucus, et présentait des rides circulaires bien distinctes des valvules conniventes.

« Ces circonstances me firent penser que la portion d'intestin déplacée appartenait ou à la fin de l'intestin grêle, ou au gros intestin. Du reste, il n'était pas difficile de reconnaître que la portion d'intestin invaginée appartenait au bout inférieur, car il n'était jamais sorti que des mucosités par l'orifice inférieur de l'espèce de boudin qu'elle représentait. A la partie interne et postérieure du boudin existait une autre tumeur du volume du poing, à surface rouge, comme lobuleuse, à la base de laquelle se voyait l'ouverture par laquelle sortaient les matières fécales qui étaient verdâtres et ne m'ont jamais offert de caractère fécal. Cette deuxième tumeur était également formée par l'intestin renversé. Une particularité assez remarquable, c'est que les deux portions d'intestin ne paraissaient pas naître immédiatement de l'anneau, mais bien d'une tumeur assez considérable tout à fait semblable à celle que formerait une hernie inguinale.

« Des tentatives de réduction furent pratiquées, mais sans résultat autre que celui qu'obtenait le séjour au lit, c'est-à-dire une diminution de 2 à 3 pouces de longueur : à la suite d'une de ces tentatives, qui fut très-considérable, et dont je ne fus pas le témoin, le ventre devint douloureux sans intumescence; froid des extrémités, vomissements, décomposition des traits de la face, petitesse extrême du pouls, soif ardente; les intestins invaginés prennent une couleur livide,

exhalent une odeur gangréneuse et diminuent beaucoup de volume. Mort le quatrième jour de la tentative de réduction.

« A l'ouverture du cadavre, je trouvai que la portion d'intestin invaginée appartenait au commencement du gros intestin, elle était formée aux dépens du bout inférieur : il est probable que la valvule iléo-cœcale, placée immédiatement au-dessus de l'anus contre nature, s'était opposée au renversement du bout supérieur. La surface séreuse du cylindre invaginant, adhérait dans une étendue de 6 pouces et par des liens celluleux fort résistants, à la surface séreuse de l'intestin invaginé, d'où l'impossibilité de la réduction ; à quelques pouces au-dessous du bout inférieur, le gros intestin, resserré sur lui-même, ressemblait à une corde du volume du petit doigt.

« Ce qu'il y avait de plus remarquable dans ce cas, c'est que l'intestin colon n'avait été détruit que dans le tiers de sa circonférence, au niveau de l'anus contre nature, que c'était cette portion d'intestin qui, refoulée en dehors et renversée sur elle-même, constituait la tumeur lobuleuse à la base de laquelle s'écoulaient les matières fécales. On ne conçoit pas que le rétablissement naturel du cours des matières n'ait pas eu lieu spontanément, tant était peu considérable la portion manquante de la circonférence du gros intestin : des soins mal entendus, un renversement précoce de l'intestin ont dû seul s'y opposer.

« La portion d'intestin qui constituait l'invagination n'était nullement altérée dans sa structure ; mais à 3 pouces 1/2 de l'anus contre nature, la fin de l'intestin grêle présentait dans l'étendue de 8 à 10 pou-

ces, une couleur noirâtre avec épaississement notable, une fétidité extrême, en un mot, un état gangréneux sans diffluence par escarrification, comme si le cautère actuel avait été appliqué sur l'intestin. Aux limites de de l'escarre, dans l'étendue de 5 à 6 pouces, la muqueuse intestinale était d'une rougeur intense. Il est bien remarquable que la gangrène n'ait pas portée sur la portion d'intestin invaginée, sur celle par conséquent qui a dû être soumise aux tentatives de réduction, mais bien sur celle qui était placée au-dessus et à une certaine distance. »

Ce fait permet de penser que lorsque c'est la fin de l'intestin grêle qui est le siége de l'invagination, celle-ci se produira plus facilement ou du moins prendra une plus grande extension dans le bout inférieur à cause de la présence de la valvule iléo-cœcale sur le trajet du bout supérieur.

Avant la connaissance du fait de Lecat, l'on croyait que l'orifice du bout invaginé était constitué par la portion de l'intestin primitivement adhérente à l'ouverture cutanée, l'on admettait donc qu'il y avait une simple sortie de l'intestin, et ce fut la dissection du cas de Lecat qui montra que l'intestin était en réalité renversé comme un doigt de gant; qu'il y avait une véritable invagination. Tout le bout intestinal est retourné de manière que ses surfaces séreuses sont adossées et que sa section montre deux cylindres emboîtés l'un dans l'autre. Pour que le résultat se produise, il faut que le déplacement commence par la partie la plus inférieure, probablement par la muqueuse seule, qui entraîne bientôt toute l'épaisseur de l'intestin ; si la cause du déplacement continue, la

zone inférieure attire la zone qui est au-dessus, et successivement. Jamais on n'a noté dans les autopsies que l'invagination ait commencé par un point de la continuité de l'un des bouts, jamais il n'y a précipitation de la partie supérieure dans l'inférieure.

Si maintenant, pénétrant plus avant dans l'étude de ce mécanisme, je recherche la puissance qui pousse ainsi la muqueuse puis tout l'intestin au dehors, et dans quelles circonstances cette puissance produit son effet, je pense que l'on peut proposer l'explication suivante : j'ai noté avec soin, plus haut, l'énergie avec laquelle les contractions des muscles de la paroi abdominale tendent à chasser l'intestin au dehors; or, si le bout d'intestin soumis à l'action de cette puissance expulsive, s'avance jusqu'à l'orifice cutané et s'y fixe directement, comme dans le cas de plaies, de gangrènes herniaires étendues, ne voit-on pas qu'à chaque contraction abdominale, le bout de l'intestin engagé sera serré? De plus les adhérences qui l'entourent augmenteront par leur retrait ce resserrement de la tunique musculaire, et si la muqueuse a conservé sa laxité, elle sera poussée au dehors; alors exerçant des tractions sur la zone de la tunique musculeuse située immédiatement au-dessus des adhérences, elle pourra l'entraîner. On remarquera d'abord en ce point une rigole circulaire, puis une véritable plicature, et l'invagination sera produite.

Cette explication est basée surtout sur le mode d'adhérences de l'intestin à la paroi abdominale; elle me paraît d'autant plus probable que l'invagination se produit surtout dans les cas d'anus contre nature suite de plaies, ou de hernies étranglées volumineuses,

circonstances qui favorisent le mode d'adhérences dont je viens de parler. Enfin, je rappelerai que la puissance, quelle qu'elle soit, qui pousse l'intestin au dehors n'est pas contrariée dans ses effets par la présence d'un sphincter. C'est sous l'influence de la même cause que se reproduit obstinément ce renversement de la muqueuse qui reparaît à mesure qu'on l'enlève, et forme un bourrelet contre lequel le chirurgien lutte souvent en vain : aussi n'est-il pas rare de voir dans les observations, la destruction et la reproduction successives de ce bourrelet signalées à cinq ou six reprises, tant est puissante l'action qui le forme.

D'autres causes produisent aussi l'irréductibilité du bourrelet muqueux et du cylindre invaginé. Des adhérences peuvent en effet s'établir entre les deux surfaces séreuses en contact, et former un obstacle invincible à la réduction, malgré l'assertion de Desault, qui pense qu'on peut toujours l'obtenir. Lecat échoua dans cette tentative, il en fut de même de Dupuytren, de Blandin. La VIII^e observation du mémoire de Dupuytren offre un exemple d'irréductibilité qui nécessita l'application de l'entérotome. L'observation de M. Cruveilhier, relatée plus haut, montre un cas d'irréductibilité incomplète dans lequel les efforts de la réduction eurent une issue malheureuse.

La tumeur, quand elle se maintient au dehors, incessamment froissée par le contact des objets extérieurs, s'excorie, se tuméfie, devient œdémateuse ; cet œdème est une nouvelle cause d'irréductibilité, et par lui-même, et en produisant l'étranglement. Sous son influence, on voit la tuméfaction s'accroître, et c'est alors l'ouverture abdominale qui, agissant comme un anneau,

exerce une action constrictive sur la portion flottante du tube digestif. Les cas rapportés par Puy, Lange, Hoin, Leblanc, Sabatier, etc., font voir tout le danger d'une pareille complication, qui entraîne à sa suite les accidents de l'étranglement herniaire et la gangrène d'une portion de l'intestin. Boyer pense à tort que ces symptômes ne se montrent que dans l'étranglement du bout supérieur, le soldat traité par Bouland fournit la preuve du contraire, et ce résultat n'est pas plus difficile à admettre que dans le cas d'épiplocèle étranglée. Enfin, il est bon de noter, pour terminer cette étude rapide de l'invagination dans les anus contre nature, que le renversement de l'intestin peut avoir lieu, quoique ses deux bouts communiquent librement; qu'il peut même arriver plusieurs années après la guérison de l'anus accidentel, lorsqu'il ne reste plus qu'un petit trou fistuleux au centre de la cicatrice.

2° On a décrit sous le nom d'*engorgement* de l'*entonnoir membraneux,* une complication qui ne doit être dans bon nombre de cas qu'un engorgement du bout supérieur; c'est un accident qui correspond à l'engouement dans les hernies et qui se présente lorsque, sous l'influence de circonstances diverses, les matières s'accumulent dans le trajet accidentel. Il est clair que, dans tous les cas, cet engorgement suppose que les matières ne trouvent une issue suffisante ni par le bout inférieur, ni par le trajet anormal.

C'est qu'alors l'ouverture anormale existant, se rétrécit trop rapidement, et que les matières ne trouvant pas un passage assez libre par le bout inférieur, mal disposé pour les recevoir, s'amassent et dans le bout supérieur et dans le trajet infundibuliforme; ou bien

la plaie étant fermée, le calibre du bout inférieur de l'intestin rétréci ne permet pas le passage de toutes les matières. Cet accident, nous le retrouverons souvent venant contrarier les efforts de la nature et ceux du chirurgien. Dans un fait cité par Dupuytren, des troubles se manifestaient par la cicatrisation rapide de la plaie et ne cessaient que par sa dilatation. Dans une observation d'A. Cooper, c'est à la suite d'une suture faire pour guérir une ouverture fistuleuse que se produisirent des accidents qui ne se calmaient que par la sortie des matières fécales. Le même chirurgien cite une femme affectée de hernie ventrale, chez laquelle un anus contre nature fermé, s'ouvrait tous les mois ou toutes les six semaines, pour donner issue aux matières amassées. L'obstacle est tantôt causé par des corps étrangers, des excréments durcis qui obstruent le passage : ainsi un fragment de poumon (A. Cooper), une noix, des pépins, des pellicules de pomme cuite (Renaud), des arêtes de poissons, des os, des pattes d'écrevisses (Scarpa). Du reste, l'engorgement est favorisé par l'ingestion d'aliments de digestion difficile (Dupuytren), les indigestions (Louis), les coliques (Lapeyronie). Cette complication, sur laquelle j'aurai à revenir à propos des accidents consécutifs au traitement, s'annonce par des signes qui sont à peu près ceux de l'étranglement : arrêt du cours des matières, douleur vive à l'endroit de la cicatrice, se prolongeant bientôt dans le ventre, tension, ballonnement, nausées, vomissements, etc.

Alors l'inflammation peut se développer au pourtour de l'anus contre nature, et être le point de départ d'infiltrations purulentes, stercorales, de la for-

mation de clapiers, de décollements, de trajets fistuleux multiples, etc., et devenir ainsi la cause de l'épuisement et de la mort du malade, à moins que la rupture d'une partie de la cicatrice ne vienne enrayer la marche de ces redoutables accidents. Dans les mêmes circonstances, une rupture du bout supérieur peut avoir lieu et produire un épanchement dans le ventre qui sera cause de la mort. C'est un cas de ce genre qui nous a valu la doctrine de Scarpa, Dupuytren en cite un autre ; la quinzième observation du mémoire de Louis s'y rapporte aussi.

Mais si la rupture a porté sur des adhérences en dehors de la cavité péritonéale; l'on voit se former une tumeur molle, pâteuse, rouge, bientôt surmontée de phlyctènes, puis des abcès multiples, des fistules d'où s'échappent des lambeaux de tissu mortifiés, du pus ou des excréments, des fusées stercorales qui peuvent s'étendre jusqu'à l'ombilic ou la hanche (Jobert), dans le bassin (Nélaton). C'est la production d'accidents de ce genre qui vient détruire une guérison déjà achevée ou près de s'achever, et force le chirurgien à agir avec énergie, comme dans le cas de Renauld, sur lequel j'aurai à revenir.

La rupture, quel que soit du reste son siége, sera favorisée par les vomissements qui impriment des secousses à l'intestin déjà dilaté par les matières et les gaz. L'engorgement de l'entonnoir n'est pas la seule cause qui puisse amener la rupture des adhérences. Desault, Boyer, disaient qu'ils n'avaient jamais vu les adhérences céder de manière à permettre un épanchement abdominal. Cependant, Dupuytren a attribué à la tension du mésentère la rupture des adhérences qui

unissaient les deux bouts de l'intestin aux parois de l'abdomen, dans deux cas où la mort est survenue. Je crois devoir faire remarquer que ces adhérences n'ont pas besoin d'être très-solides pour maintenir les deux bouts de l'intestin en place, car l'action des muscles abdominaux et du diaphragme tend déjà à les contenir dans leur position, et à s'opposer aux efforts de la tension mésentérique. Quelle que soit la cause, la rupture peut porter sur l'infundibulum, sur les adhérences, sur le bout supérieur.

Je noterai enfin comme complication entravant la guérison; l'*interposition d'une anse intestinale entre les deux bouts,* l'existence d'*une hernie* au niveau du trajet accidentel, et qui poussant le fond de ce trajet en avant, forme une sorte de promontoire qui apporte à la guérison un obstacle tout mécanique. Delpech a parlé d'un malade chez lequel des anses intestinales étaient interposées entre les deux bouts (Delpech, *Mém. Hôp. Midi,* t. II, p. 80), M. Velpeau a rapporté un cas semblable, Travers a noté l'interposition de l'épiploon; et chez le soldat traité par Bouland, une hernie se manifesta pendant un effort, elle avait le volume d'un œuf de poule et faisait saillie à côté du tubercule rouge et saillant par lequel s'échappaient les matières intestinales.

Je rapporterai ici l'observation d'un malade, traité et guéri par M. Nélaton, l'année dernière. Ce malade, que j'ai pu examiner, offrait quelques-unes des complications que je viens de relater, et il est en même temps un exemple des recherches minutieuses et patientes, de la surveillance continuelle que le chirurgien doit exercer quand il veut établir le diagnostic et con-

duire à bonne fin le traitement d'un anus contre nature. Cette observation servira donc en quelque sorte d'introduction à l'étude du diagnostic.

### OBSERVATION.

*Anus contre nature, suite de hernie inguinale du côté droit. — Difficulté du diagnostic. — Complication. — Application de l'entérotome. — Opération autoplastique. — Guérison. — Observ. recueillie par M. Jules Rouyer.*)

Singlas (Louis), âgé de 30 ans, jardinier à Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir), entre dans le service de M. Nélaton, le 12 mars 1856. Cet homme raconte qu'il portait, du côté droit, une hernie inguinale, qui s'est étranglée dans ces derniers temps. Des tentatives de taxis furent faites à différentes reprises pendant quarante-huit heures : l'opération fut pratiquée ensuite le cinquième ou le sixième jour après le début des accidents. Cette opération fut longue, pénible, et dura trois quarts d'heure, au dire du malade. Celui-ci se trouva soulagé, mais le cours des matières ne se rétablit pas. Quinze jours après, les matières fécales se frayèrent un chemin par la région de l'aine; il en résulta une notable amélioration de l'état général. Cependant quelques douleurs persistèrent; puis, au bout de quinze jours encore, les matières sortirent en partie par l'anus : le malade dit qu'il se trouve dans un état plus satisfaisant quand elles passent par la région inguinale.

Il semble, d'après les renseignements que nous venons de rapporter, que l'opération a été pratiquée d'une manière incomplète. La réduction a été faite en masse probablement, le collet du sac étant resté en place comme cause d'étranglement, après le débridement de l'anneau. D'autres causes cependant peuvent avoir produit le résultat qui a été observé. Celle que nous venons de citer est une des plus fréquentes et des plus admissibles.

Maintenant, il existe dans la région inguinale une fistule qui donne issue aux matières fécales et à du pus : ces divers liquides sortent par le même point. Il est très-difficile d'étudier la disposition intérieure des parties; il faut dilater la fistule, afin de pouvoir faire les explorations nécessaires. A partir du 19 mars, on introduit un cylindre de racine de gentiane dans le bout supérieur.

5 *mai.* La dilatation a été très-difficile à obtenir, et elle n'est pas portée très-loin. L'ouverture, irrégulière dans son contour, correspond à la région inguinale; les matières qui sortent forment une bouillie grisâtre non colorée par la bile. Il y a des signes de rétention des matières fécales; on voit des anses saillantes, distendues,

qui sont le siége de contractions : il y a des coliques, des douleurs vives.

La respiration est gênée, suspirieuse; la voix est altérée, cassée, comme celle des cholériques; la physionomie du malade a une certaine ressemblance avec celle que présentent les individus atteints de choléra; les membres sont légèrement cyanosés; il y a amaigrissement.

Les évacuations alvines sont à peu près nulles par l'anus. Il y a déjà quarante-cinq jours que le malade est dans le service : il y a eu une seule selle par l'anus, le 16 avril; il n'y en a pas eu depuis. Les matières sortent d'ailleurs très-difficilement par la fistule, on a beaucoup de peine à introduire une sonde de moyenne grosseur.

La fistule parait correspondre à la partie moyenne de la longueur de l'intestin grêle; la communication semble être à peu près impossible entre le bout supérieur et le bout inférieur.

Le traitement de cette affection paraît devoir présenter de grandes difficultés. Il faut chercher à rétablir la communication entre les deux bouts, et jusqu'ici, les recherches les plus attentives, répétées très-souvent, n'ont pas permis de trouver le bout inférieur.

30 *mai*. On a continué la dilatation de l'orifice avec la racine de gentiane, mais on n'a pas gagné beaucoup; le bout inférieur n'a pu être encore découvert. M. Nélaton pratique un débridement de l'orifice afin de pouvoir le rechercher avec plus de facilité. Les tentatives faites après l'opération sont encore infructueuses.

Le lendemain, 1er juin, M. Nélaton, après des tentatives répétées, reconnaît que l'orifice du bout inférieur se trouve en dehors de l'autre, et dans la position qu'il occupe en général dans les cas de ce genre. Cet orifice est extrêmement rétréci, situé assez profondément, ce qui fait qu'il échappait aux recherches les plus minutieuses. M. Nélaton y introduit une sonde, et fait pénétrer dans le bout inférieur une assez grande quantité d'eau. (On remplit quatre fois une seringue à hydrocèle, qui contient environ 200 grammes d'eau.) Le malade sent le liquide arriver à l'anus; une sonde, introduite par cet orifice, laisse écouler l'eau qui a été injectée par en haut.

On peut dès lors s'occuper du traitement de cette maladie. Il existe une cavité infundibuliforme, constituée par les deux bouts de l'intestin, et séparée en deux parties par une cloison intermédiaire, l'*éperon*. Avant de songer à rétablir une communication facile entre les deux parties de l'intestin, il faut dilater la partie inférieure, afin qu'elle puisse donner passage aux matières qui viendront du bout supérieur. Des injections d'eau et de liquides alimentaires sont faites à diverses reprises du 2 au 20 juin.

20 *juin*. Application de l'entérotome sur l'éperon; l'instrument a été fortement serré.

Il ne survient pas d'accidents à la suite de l'application de l'enté-

rotome. Cet instrument tombe le 29 juin, le huitième jour après l'application ; entre les mors on trouve l'escarre qui présente une forme linéaire.

Le malade a le même jour une selle composée de matières stercorales et non simplement de liquides sécrétés par l'intestin. Il y a quelques coliques, ce qui, du reste, s'observe dans les cas analogues, lorsque les matières recommencent à passer par le bout inférieur dont la muqueuse n'est plus habituée à leur contact.

Maintenant il reste quelques précautions à prendre pour ne pas laisser perdre ce qui a été obtenu ; il faut empêcher que les deux bords formés par la chute de l'escarre ne se réunissent par l'agglutination des granulations pyogéniques qui y sont développées ; M. Nélaton se propose d'y faire passer les matières fécales afin empêcher cette agglutination et pour ne pas laisser rétrécir la partie inférieure du tube digestif.

A partir de ce moment, les indications sont remplies : on fait passer la plus grande partie des matières dans toute la longueur du canal intestinal : il y a deux selles chaque jour, peu abondantes, il est vrai.

9 *juillet*. Tout va bien : il ne sort par la région inguinale qu'une très-petite quantité de matières. L'orifice extérieur présente à peu près deux centimètres d'étendue; à la partie interne, on voit un gros bourgeon charnu, rouge, arrondi.

23 *juillet*. La communication reste toujours facile entre les deux bouts ; les selles sont régulières, quotidiennes ; le cours des matières est bien rétabli.

M. Nélaton pratique une opération anaplastique pour fermer cet orifice extérieur : il taille un lambeau supérieur en forme de pont, circonscrit par deux incisions curvilignes, concentriques, à convexité supérieure. Le bord inférieur de la fistule est avivé par une incision curviligne à convexité inférieure : le bord inférieur du lambeau est amené au contact avec cette dernière incision d'avivement, et ils sont réunis par la suture.

Notons seulement qu'il a été assez difficile de rendre le lambeau bien mobile, parce qu'il était taillé au milieu de tissus indurés, et pour obtenir cette mobilité, il a fallu prolonger l'incision supérieure plus qu'on n'eût pu le supposer d'abord.

Le lambeau put donc être amené bien au contact avec l'incision inférieure ; mais il était assez dur, et un peu tendu. Le surlendemain, le malade ayant étendu trop brusquement la cuisse, les sutures se brisèrent, et on dut compter seulement sur la réunion secondaire. L'orifice se rétrécit peu à peu, et ne donna plus passage qu'à une très-petite quantité de matières. Il fallut ensuite compléter le traitement par des cautérisations répétées des bords de l'orifice fistuleux, et enfin le malade put sortir entièrement guéri, le 11 octobre 1856.

## CHAPITRE V.

### Diagnostic. — Terminaisons. — Pronostic.

Tous les auteurs qui ont écrit sur l'anus contre nature s'accordent à dire que le diagnostic de cette maladie est ordinairement facile et se bornent à fournir quelques indications sommaires et très-générales sur ce point.

Sans doute, en tenant compte des antécédents des malades, de l'aspect, de l'odeur des matières qui s'écoulent par l'ouverture accidentelle, de l'absence ou de la diminution des garde-robes normales, du siége de l'orifice cutané, qui est rouge, arrondi, boursoufflé, saillant, humide, et en ajoutant à ces signes ceux que peut fournir une exploration directe, il ne sera pas difficile de reconnaître l'anus contre nature, de le distinguer de toute autre lésion. Cependant, il faut se rappeler que, les abcès développés dans le voisinage des intestins fournissent un pus qui a contracté une odeur très-prononcée de matières stercorales, et que des gaz s'y développent quelquefois. Mais l'incertitude, si elle a lieu, ne saurait être de longue durée, attendu que cette odeur fécale du pus se dissipe en quelques heures dans le cas d'abcès, et qu'elle persiste, s'il y a communication avec la cavité intestinale. Ce ne serait, en vérité, que dans le cas où l'orifice serait étroit

primitivement ou consécutivement et ne donnerait issue qu'à une petite quantité de matières, et cela par intervalles, que l'hésitation pourrait exister. Mais alors l'on aurait affaire à une fistule stercorale plutôt qu'à un anus contre nature. Donc, les chirurgiens ont raison de ne pas insister sur le diagnostic général de l'anus contre nature.

Mais un tel diagnostic est incomplet, et il ne permet nullement d'établir le pronostic, de saisir les indications thérapeutiques. Il faut que le chirurgien sache apprécier la disposition de la cavité anormale, l'existence ou l'absence de ses diverticulums, la nature du tissu qui la constitue, la profondeur, la position, la largeur des deux orifices de l'intestin, la forme, la position, la résistance de l'éperon, s'il existe, les complications; toutes circonstances dont la notion sera souvent difficile à acquérir et qui exigera les investigations les plus patientes, les plus ingénieuses, les plus prolongées, ainsi que le cas de M. Nélaton en offre déjà un exemple. Il suffit, du reste, de se rappeler la variété des dispositions que peuvent offrir les anus contre nature pour comprendre ces difficultés et pour voir qu'elles ne sauraient être vaincues que par une exploration directe.

Cette exploration se fait avec la vue et avec le toucher.

Il suffit quelquefois de regarder l'orifice cutané pour voir les deux bouts de l'intestin superposés et l'éperon qui les sépare (une pièce déposée au musée Dupuytren, sans renseignements, appartient à cette catégorie). Mais si la vue de la lésion ne suffit pas pour en apprécier tous les caractères, il faut, avec le

doigt explorer le trajet ; ce toucher ne sera possible toutefois qu'autant que l'orifice externe sera assez large pour permettre l'introduction du doigt ; en présence de l'importance de l'exploration directe, le chirurgien ne doit pas hésiter à dilater l'orifice avec l'éponge préparée ou la racine de gentiane.

Ce sera alors qu'introduisant le doigt lentement, doucement, de peur de rompre des adhérences peu solides, il explorera le trajet accidentel dont il pourra reconnaître ainsi l'étendue, la direction, la disposition du fond, la présence ou l'absence de l'éperon, la forme, la position, le développement de celui-ci, s'il existe. C'est alors encore que promenant son doigt dans le fond de la cavité de chaque côté de l'éperon, il rencontrera les deux orifices de l'intestin, en appréciera la largeur, la position, etc.; que trouvant ordinairement l'un des orifices plus large que l'autre, il reconnaîtra le bout supérieur, dans lequel il pourra engager le doigt pour connaître ainsi la direction qu'affecte ce bout. Cette même exploration fournira des notions sur la résistance de l'éperon, l'étendue de la cavité intermédiaire, la dureté ou la souplessse du trajet, et jusqu'à un certain point sur la portion d'intestin lésée, en faisant reconnaître les valvules conniventes.

Cependant, il ne faudrait pas croire que ces divers caractères s'apprécieront toujours facilement et il sera quelquefois nécessaire de se livrer à des recherches beaucoup plus compliquées, pour lesquelles le chirurgien devra se servir du stylet, de la sonde de femme, des injections, etc., et ces recherches sont presque toujours nécessitées par la difficulté de rencontrer les deux bouts de l'intestin. S'il est en général facile de

trouver l'orifice du bout supérieur, parce qu'il est plus large, parce qu'il donne passage aux matières intestinales, il est des cas cependant où l'hésitation est permise, pendant quelque temps du moins, parce que l'orifice du bout inférieur peut être plus saillant que celui du bout supérieur et masquer celui-ci ; c'est alors que l'introduction dans l'estomac d'aliments rebelles à la digestion stomacale pourra éclairer le diagnostic. On raconte que Blandin avait coutume, dans ces cas, de donner au malade des lentilles, qu'il retrouvait intactes sur le pourtour de l'orifice anormal.

Mais là n'est pas toute la difficulté du diagnostic ; c'est la recherche du bout inférieur qui, le plus souvent crée au chirurgien des obstacles dont il ne peut pas toujours triompher. Dupuytren, qui insiste longuement sur la difficulté de cette recherche, conserva pendant 15 ans dans son service comme infirmier un individu atteint d'anus contre nature et chez lequel il n'avait jamais pu découvrir le bout inférieur de l'intestin. Je rapporterai plus loin une observation dans laquelle le même insuccès porta M. Maisonneuve à pratiquer une opération grave, et l'on a pu voir par l'observation du malade de M. Nélaton, que des explorations répétées et variées arrivèrent seules à déceler le bout inférieur.

Cette recherche est laborieuse pour plusieurs motifs : ou bien, parce que le bout inférieur éloigné du bout supérieur plonge profondément dans l'excavation pelvienne, ou parce que l'éperon forme une valvule qui obture le bout inférieur, et ne permet pas l'introduction du stylet, ou, parce que le bout rectal peut être

complétement obturé par une cloison adhérente, comme dans le cas de Dupuytren. Dans la pièce que j'ai fait représenter (*fig.* 4, *pl.* I), il fut impossible sur le vivant de prendre une idée exacte de la disposition des parties, parce que la sonde rencontrant la valvule, la repoussait sur l'orifice intestinal. En pareil cas l'administration, par l'anus normal, d'un lavement coloré peut fournir des documents précieux, mais dans le cas seulement où la lésion porte sur le gros intestin. En présence de ces difficultés et pour faciliter les recherches, le chirurgien devra quelquefois, mais avec précaution, pratiquer un débridement analogue à celui que M. Nélaton fit sur son malade.

Mais lorsque les deux orifices ont été trouvés, il faut distinguer celui du bout supérieur et celui du bout inférieur; on ne saurait se fier pour cela à leur position ni à leurs dimensions. L'expérience des lentilles aurait ici son utilité. Dupuytren donne le conseil de placer deux sondes de femme, l'une dans le bout supérieur, l'autre dans le bout inférieur, de les y fixer jusqu'au lendemain, l'une sera retrouvée noircie et indiquera le bout supérieur; enfin, une injection d'eau introduite dans le bout inférieur devra sortir par l'anus.

De même si le toucher direct seul n'a pas suffi pour faire apprécier l'étendue exacte de l'éperon, le chirurgien pourra introduire des sondes de femme, l'une dans le bout supérieur et l'autre dans le bout inférieur, ces sondes, poussées jusqu'à la base de l'éperon, seront ramenées en avant, et leur choc indiquera le moment où elles auront quitté l'éperon; ce genre d'exploration ferait connaître aussi bien l'absence de l'éperon, et une erreur à ce sujet est grave,

car elle a pu conduire des chirurgiens habiles à des fautes dans le traitement.

Toutes ces recherches étant faites, il restera à savoir quelle est la portion d'intestin lésée. Les commémoratifs, le siége de l'ouverture accidentelle fourniront quelques données à ce sujet; on se rappellera que treize fois sur quatorze, l'iléon fut trouvé perforé dans le cas de hernie. On cherchera à reconnaître par le toucher la présence des valvules conniventes, l'on tiendra compte de l'aspect, de la consistance, de l'odeur, du degré d'altération des matières qui s'échappent, sans avoir trop égard à la rapidité avec laquelle se présentent les aliments après leur ingestion dans l'estomac, quoique cependant il ne faille rejeter complétement cette source d'indications; mais on n'oubliera pas que tous ces éléments du diagnostic pris isolément peuvent tromper.

Somme toute, l'on voit à quelles patientes et nombreuses recherches, le chirurgien devra se livrer quand il voudra établir le diagnostic complet de l'anus contre nature; et aujourd'hui que les indications thérapeutiques offertes par les diverses varietés d'anus contre nature sont mieux appréciées, il n'est plus permis de soumettre un malade atteint de cette grave infirmité, à toute une série d'opérations, sans avoir examiné le cas particulier qui se présente d'une façon assez exacte pour juger la nécessité réelle de ces opérations. Combien plus grande encore ne serait pas la difficulté du diagnostic, si l'on rencontrait un cas analogue à celui qui s'est offert à l'observation de M. Sédillot, dans lequel l'anus contre nature offrait quatre orifices disposés de la façon la plus bizarre! Il faudra, en outre,

tenir compte des complications qui deviennent la source d'indications dans le traitement.

La forme, l'aspect muqueux du bourrelet constitué par le renversement de la muqueuse en rendront le diagnostic facile. Il en sera de même dans la véritable invagination, et l'on pourra distinguer la partie invaginée par la présence ou l'absence des valvules conniventes, la présence ou l'absence des plaques de Peyer, que l'on trouve signalées dans plusieurs observations sous des noms divers. L'on reconnaîtra si le renversement porte sur le bout supérieur ou sur le bout inférieur par l'écoulement des matières intestinales dans le premier cas, et la sortie de simples mucosités dans le second. La réductibilité sera constatée avec soin et l'on s'assurera s'il n'existe pas d'adhérences qui s'y opposent. L'étranglement du bout invaginé s'annonce par la tuméfaction, la coloration livide de l'organe, par les douleurs qui s'irradient dans tout le ventre, par l'arrêt des matières, le hoquet etc., et tout le cortége des symptômes de l'étranglement herniaire.

Ce sera encore la même série de symptômes qui caractérisera l'engouement de l'anus contre nature, en même temps que la région malade se tuméfiera progressivement. Si tout à coup, les souffrances s'accroissent, le ventre se ballonne, qu'il y ait, en un mot, les signes d'une péritonite aiguë, on peut croire à un épanchement abdominal suite de rupture. Si, au contraire, c'est le pourtour de l'orifice anormal qui se tuméfie, s'empâte, devient rouge, fluctuant par places, on doit s'attendre à une infiltration stercorale qui produira des trajets fistuleux plus ou moins nombreux.

Enfin la connaissance des antécédens indiquera

la cause de la lésion, et on ne doit pas négliger de la rechercher, car dans l'observation publiée par M. Dubois (*Bull. Facul. méd.*, t. VII, p. 1), on voit qu'un jeune homme conserva longtemps un anus contre nature, parce que l'on ne reconnut pas, pendant plusieurs mois, la présence d'une lame de fer-blanc à l'orifice pathologique.

*Marche, terminaisons, pronostic.* — Il est facile de résumer, après tout ce qui précède, ce qui est relatif aux terminaisons diverses que peut avoir l'anus contre nature. Ces modes de terminaisons sont : 1° la guérison par les seules ressources de la nature ; 2° la continuation de la maladie avec toutes ses incommodités ou réduite à l'état de fistule stercorale ; 3° la mort ; 4° la guérison complète ou incomplète par l'emploi des moyens thérapeutiques.

J'ai indiqué les causes qui favorisent la guérison spontanée et celles qui sont un obstacle à ce mode de terminaison, j'ai discuté longuement la question du mécanisme de cette guérison, mais il me reste à en indiquer la marche. J'ai été frappé en parcourant les nombreuses observations qui sont insérées dans le mémoire de Louis, dans celui de Sabatier, dans le traité des hernies de Leblanc et Hoin, dans celui d'A. Cooper, et dans les divers autres recueils, j'ai été frappé, dis-je, de voir que la guérison spontanée s'effectuait ordinairement dans un temps très-court, un mois, six semaines, deux mois, et j'ai rarement vu qu'il ait fallu plus de quatre mois ; lorsque cette période de temps est révolue, il ne paraît pas que l'on puisse compter sur une guérison complète par les res-

sources de la nature seule, et il m'a semblé que si l'on tenait compte seulement des cas dans lesquels la guérison s'est effectuée spontanément, après quatre ou cinq mois de durée de la maladie, le nombre en devrait être singulièrement restreint. Cependant je n'en voudrais pas conclure que dès lors il ne faudra plus rien espérer, car je trouve souvent qu'en pareil cas, le trajet accidentel continue encore à se rétrécir et qu'il ne reste qu'une fistule stercorale. Quoi qu'il en soit quand la guérison spontanée devra se produire, on verra le cours normal des matières se rétablir, se régulariser, pendant que l'ouverture extérieure se rétrécit progressivement, et si ces deux phénomènes ne marchent pas ensemble, si la cicatrisation du trajet accidentel se fait avec trop de rapidité, l'on devra s'attendre à voir se manifester des accidents qui viendront retarder la guérison, si non la compromettre. Ce sera dans ces cas, surtout, que l'intervention de l'art pourra venir efficacement en aide aux efforts accomplis par la nature et compléter son œuvre.

J'ai été vivement préoccupé de la question de savoir quelle était la proportion relative des guérisons spontanées ; j'aurais voulu voir si les conditions dans lesquelles ces guérisons se sont effectuées correspondaient bien aux conclusions que j'ai cru devoir poser en physiologie pathologique ; j'aurais désiré aussi éclairer de cette façon certains points relatifs aux indications thérapeutiques. J'avais donc commencé à compulser un certain nombre d'observations à ces divers points de vue ; mais je me suis bien vite aperçu que ces observations ne répondaient pas aux exigences d'une statistique régulière.

Il eût fallu, au préalable, résoudre deux questions : celle de savoir à quel moment l'on pouvait dire que l'anus contre nature existe, et aussi celle qui consiste à distinguer nettement la fistule stercorale de l'anus accidentel.

C'est parce que les auteurs des observations ne paraissent pas s'être préoccupés de ces distinctions que j'ai dû renoncer à mon projet et que je n'accorde pas grande confiance aux résultats indiqués dans la thèse de M. Delplanque : à savoir que sur 121 malades dont 65 sont guéris, 56 le furent spontanément.

Cependant, quand la guérison n'a pas eu lieu spontanément et que l'art n'intervient pas, qu'en un mot, la maladie persiste, elle pourra être réduite à l'état de simple fisture stercorale et n'être le sujet que d'incommodités légères. Mais si elle ne subit aucune amélioration, le malade sera exposé aux graves inconvénients attachés à cette maladie et à ses complications ; et c'est dans ces circonstances que, soit par l'influence de l'une de ces complications, soit par l'insuffisance de la nutrition, la mort pourra survenir à une époque plus ou moins rapprochée. J'ai déjà eu l'occasion de faire voir qu'il n'en était pas cependant toujours ainsi, et que la vie avait pu se prolonger sans accidents, et j'en ai cité quelques exemples. Mais il est des cas intermédiaires, dans lesquels, par intervalles, la maladie s'aggrave, et devient la source d'accidents plus ou moins graves, qui s'apaisent cependant ; le malade continue à vivre ainsi au milieu d'une série d'alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Enfin, l'intervention de l'art peut avoir sur la terminaison une influence heureuse en amenant une gué-

rison complète ou incomplète, et j'espère montrer que les limites de sa puissance ont été reculées par les efforts des chirurgiens de notre époque, de sorte que le pronostic peut être sensiblement modifié à ce point de vue ; cependant l'anus contre nature n'en reste pas moins une maladie essentiellement grave.

Les éléments du pronostic sont nombreux, et déjà l'étude de la physiologie pathologique en fournit quelques-uns. Il paraît certain que les anus contre nature, suite de plaies, guérissent moins bien que ceux qui succèdent aux hernies, toutes choses égales d'ailleurs. Il faudra tenir compte, pour établir les chances de guérison, de la présence de l'éperon, de sa résistance, du rétrécissement et de la position du bout inférieur, et de la constitution du trajet accidentel, qui peut être pseudo-membraneux ou muqueux, et surtout des complications; toutes circonstances qui influent sur la possibilité d'obtenir la guérison, et modifient le degré de curabilité. Comme éléments du pronostic, il faut encore noter le siége plus ou moins rapproché de l'estomac; car non-seulement les perforations portant sur l'intestin grêle ont une influence plus marquée sur la santé générale, et conduisent plus vite à la consomption, mais encore il est plus difficile d'en obtenir l'occlusion que lorsque la lésion porte sur le gros intestin, ce que Sabatier indiquait déjà. La quantité des matières stercorales qui sortent par l'orifice anormal, modifie aussi le pronostic : plus cet orifice est large, plus le pronostic est fâcheux, sans que nous admettions cependant avec A. Cooper que les anus contre nature, résultant de la section presque complète d'une anse intestinale, soient incurables.

Parmi les observations qui donnent un démenti à l'assertion du chirurgien anglais, je rappellerai celle qui a été rapportée par Hoin, et dans laquelle l'on voit qu'un malade auquel on avait retranché 8 pouces d'intestin grêle, n'en guérit pas moins en ne conservant qu'une petite fistule. Pipelet a vu guérir spontanément un anus contre nature formé par la chute, suite de gangrène, d'une anse intestinale de 5 pouces de longueur. Bourgouin rapporte un exemple analogue observé chez un sujet sur lequel quatre travers de doigt avaient été mortifiés dans une hernie. Je pense cependant que l'étendue de la perte de substance de l'intestin doit influer sur le pronostic, et que les cas dans lesquels cet organe n'a été que pincé sont beaucoup moins graves que ceux dans lesquels il est complétement divisé. M. Demeaux a dit que, si une hernie est complétement gangrenée au moment où elle est ouverte, les conditions sont on ne peut plus favorables à sa guérison, et qu'il en est de même si l'on ne débride pas. Il appuie ces propositions sur ce qu'alors les deux bouts de l'intestin seront divisés au même niveau, ce qui facilitera la formation de l'entonnoir membraneux. Je me suis expliqué assez longuement sur les conditions de la formation de l'entonnoir membraneux pour faire pressentir que ces propositions me paraissent inexactes, et que la gangrène complète d'une anse intestinale me semble toujours, au contraire, une condition plutôt défavorable. Enfin comme éléments de pronostic, il faudra faire entrer en ligne de compte l'âge du sujet, car A. Cooper dit avoir remarqué que les jeunes gens guérissent plus vite que les vieillards, le mode d'alimentation, la durée de la maladie., etc.

Puis, quand on aura mis en présence tous ces éléments du pronostic et qu'on les aura comparés, il ne sera pas encore facile de déterminer d'une façon précise l'issue définitive de la maladie, tant les cas sont variés, tant la marche peut en être irrégulière, et tant, même après une guérison qui paraît bien consolidée, le malade reste encore exposé à de nombreux accidents consécutifs.

L'étude de ces accidents consécutifs méritera certainement d'être faite quand j'aurai examiné les divers modes de traitement.

---

## CHAPITRE VI.

### Traitement de l'anus contre nature.

Je donnerai à ce chapitre une grande extension, parce que la chirurgie me paraît être entrée dans une voie nouvelle qui, si je ne m'abuse, permettra d'étendre les bienfaits de la thérapeutique à un plus grand nombre de malheureux atteints de la dégoûtante infirmité de l'anus contre nature.

Il est intéressant, avant tout, de jeter un coup d'œil rapide sur les diverses phases qu'a parcourues la science pour arriver au point où elle se trouve aujourd'hui.

La thérapeutique des anus contre nature ne remonte

pas au delà de l'Académie de chirurgie, et encore cette savante société ne s'occupa-t-elle que de discuter par l'organe de deux de ses membres, Lapeyronie et Louis, la valeur du traitement médical.

Mais une indication chirurgicale ne tarde pas à surgir, on veut fermer l'ouverture anormale. En 1739, Lecat exprime l'intention de tenter cette occlusion, après avoir, toutefois, dilaté le bout inférieur. Son projet ne peut être mis à exécution, et Desault, le premier, voit une autre indication ; il se préoccupe avant tout de rétablir le cours des matières, il aperçoit l'obstacle, l'indique : c'est le promontoire ; il cherche à le repousser par la compression. L'idéé était bonne, le mode d'exécution était insuffisant.

Ce fut alors que les recherches anatomo-pathologiques de Scarpa vinrent montrer comment la nature obtient la guérison, comment, par la formation d'un entonnoir membraneux, le passage normal s'agrandit, comment alors les matières contournent l'obstacle que leur opposait l'éperon. Le rôle du chirurgien se trouvait dès lors tout tracé, il devait avant tout rétablir la liberté du passage normal. C'est ce que comprit Dupuytren, et il songea à détruire l'éperon. Mais derrière cette destruction, il entrevit la perforation et ses dangers ; il fallait créer des adhérences préalables, Dupuytren trouva et appliqua son *entérotome*.

Ce fut un grand progrès dans le traitement des anus contre nature, progrès basé sur les déductions de la physiologie pathologique, et dont le mérite revient à Dupuytren.

Cependant, comme fatiguée de ce grand effort, la chirurgie resta inactive, on crut qu'elle n'avait plus

rien à faire, et pendant que les uns cherchaient à ravir à Dupuytren sa découverte pour la transporter à l'étranger, les autres s'occupaient de modifier l'instrument; l'arsenal chirurgical seul s'enrichissait, pas une indication nouvelle ne se faisait jour.

Ce fut en 1836, que M. Velpeau ramena les chirurgiens sur le terrain de la clinique et les engagea dans une voie nouvelle, il montra que la destruction de l'éperon ne constituait que l'un des temps du traitement, que d'ailleurs cet éperon n'existait pas toujours, que dès lors il fallait fermer l'ouverture anormale, et il proposa un procédé autoplastique ingénieux qui lui procura un beau succès.

Cependant de toutes parts l'anaplastie faisait des progrès, on en multipliait les procédés, on en approfondissait les principes, l'anatomie pathologique de l'anus contre nature était revue; l'exagération des idées de Scarpa était reconnue ; M. Malgaigne signalait la présence de la muqueuse intestinale dans le trajet anormal, comme un obstacle à la cicatrisation ; puis il indiquait un procédé pour éviter cet obstacle, et M. Nélaton et M. Denonviliers, de leur côté, fécondaient ces idées nouvelles en les appliquant.

J'ai tenu à signaler cette marche qu'a suivie la chirurgie appliquée de l'anus contre nature, j'ai tenu à montrer que les progrès qui se sont accomplis dans ces derniers temps sur ce sujet, avaient eu, eux aussi, pour point de départ, les recherches anatomo-pathologiques. Les chirurgiens ne se sont pas toujours bornés à rechercher la guérison de l'anus contre nature lorsqu'il existe, ou du moins à en pallier les inconvénients ; ils ont encore voulu empêcher la formation de cette

lésion, et instituer un traitement préventif. Ne peut-on pas, en effet, donner ce nom à l'ensemble de ces nombreux procédés de suture qui ont été imaginés pour fermer les plaies de l'intestin? Mais il me suffira ici de cette simple mention, car ce serait sortir de mon sujet que de décrire ces diverses sutures, que de chercher à apprécier la valeur de chacune d'elles et les résultats qu'il est permis d'en attendre. Sans aucun doute, si ces procédés étaient souvent applicables, si surtout leur emploi était toujours couronné de succès, la question du traitement de l'anus contre nature perdrait de son importance. Mais l'on sait que, malgré les efforts faits de nos jours, pour régulariser cette méthode préventive des accidents attachés aux lésions de continuité du tube digestif, au moment de leur production, et malgré les progrès réels que ces efforts ont accomplis, l'on sait, dis-je, que la thérapeutique de l'anus contre nature n'a rien perdu de son importance.

Le traitement sera palliatif ou curatif.

*Traitement palliatif.* — Le traitement palliatif est le seul à employer lorsque des complications s'opposent à la cure radicale, ou que le malade se refuse à toutes tentatives d'opération, ou enfin que ces tentatives ont échoué. Ces cas, fréquents autrefois, sont plus rares à mesure que les moyens de guérison deviennent plus efficaces. Cependant de pareilles circonstances se présentent, et il faudra avoir recours aux soins de propreté, aux moyens hygiéniques, qui consistent dans les lotions répétées avec des liquides émollients ou aromatiques, mais surtout dans l'application d'un appareil

destiné à recevoir les matières et à les contenir pendant un certain temps. C'est ainsi que l'on peut soutenir les bords de l'ouverture anormale au moyen d'un anneau d'ivoire, d'acier ou de bois garni à sa circonférence d'un bourrelet de crin, recouvert d'un tissu impérméable, et qui ne laisse passage aux matières que par son centre ; ce cercle est soutenu par une ceinture élastique ou un brayer, suivant que l'anus est situé à l'ombilic, ou à l'aine, ou ailleurs. On adapte à cet anneau un tube de gomme élastique ou de métal muni d'une soupape très-mobile, et qui s'ouvre de haut en bas. Une boîte d'argent ou d'étain vissée au tube, sert de récipient aux matières versées par l'anus accidentel. On peut encore se borner à boucher l'orifice avec un obturateur que l'on enlève à chaque fois que des coliques avertissent le malade du besoin de rendre ses excréments.

Dans un Mémoire sur l'étranglement herniaire et la herniotomie par N. Ward, (*Lancet.*, jan., feb. mar. 1856), je trouve l'indication d'un moyen que l'auteur considère comme ayant été curatif, et qui en tous cas sera à mon avis un bon moyen palliatif. Il consiste à badigeonner tous les jours l'ouverture anormale avec le collodion, afin de la protéger contre l'irritation produite par les matières fécales. Voici l'analyse du fait rapporté par N. Ward :

Une fille de 31 ans portait depuis 2 ans une hernie crurale; celle-ci s'étrangle, le taxis reste impuissant, l'opération devient indispensable vingt heures après; l'intestin grêle ne rentra qu'incomplétement, les accidents de l'étranglement cessèrent cependant, mais pas de selles, et quatre jours après le ventre doulou-

reux, vomissements, puis selles et issue des fèces par la plaie de la hernie; formation d'un anus contre nature fonctionnant exclusivement pendant vingt-sept jours, alors les fèces sont évacuées par l'anus et par la plaie de la hernie jusqu'au cinquantième jour où celle-ci est cicatrisée. L'auteur de l'observation pense que cette guérison est due à ce que journellement la plaie était badigeonnée avec du collodion qui la protégeait contre l'irritation causée par les matières fécales ; il rappelle un autre cas d'anus contre nature, qu'Erichsen a soigné avec le collodion et qui a guéri de la même façon.

Je ne crois pas que tout le mérite, dans ces cas, puisse être attribué au collodion, et il y a lieu de penser que c'est la nature qui a fait les principaux frais de la guérison, à laquelle le badigeonnage n'a pu contribuer qu'en protégeant la plaie. Je sais aussi que ce moyen est employé par M. Guersant, chez les enfants atteints d'anus contre nature, ou seulement de fistule ombilicale, mais le chirurgien français exerce en même temps une légère compression.

*Traitement curatif.* — Le traitement curatif doit répondre à deux indications : 1° rendre libre la voie normale des matières; 2° fermer l'ouverture anormale. J'ai montré comment ces deux indications se sont trouvées successivement comprises. L'on commença par espérer beaucoup de l'influence du régime et du traitement médical.

1° *Moyens médicaux.* — Lapeyronie conseillait la diète sévère, et se fondait sur ce que, dans plusieurs cas où la plaie était restée ouverte longtemps, lorsqu'il donnait une alimentation abondante, il avait obtenu

une prompte cicatrisation en réduisant la quantité d'aliments, et même, dans quelques cas, en soumettant les malades à une abstinence presque complète. Louis s'éleva, au sein de l'Académie de chirurgie, contre cette méthode qui lui sembla dangereuse. Il pensait que si ce régime sévère a l'avantage de permettre à la plaie une rapide cicatrisation, il n'y a pas lieu de se féliciter de ce résultat, parce qu'en même temps l'intestin se rétrécit, surtout dans son bout inférieur, qui s'infléchit ensuite dans la cicatrice, perd sa constitution normale, et constitue en définitive un détroit fort dangereux pour le passage des matières. Dès lors, lorsque les malades reprennent leur alimentation, ils sont exposés à des coliques, des embarras intestinaux, des engouements, et même des à ruptures avec épanchement mortel. C'est ainsi qu'une malade de Dufouard, guérie en 48 jours sous l'influence d'un régime sévère, mourut à la suite d'une indigestion et d'une rupture avec épanchement ; Morand fut témoin du même accident ; Lapeyronie lui-même vit une femme de 27 ans périr de la même façon, 2 mois après la guérison de son anus contre nature. Dans une observation de Dubertrand, on voit que la cicatrice de l'anus anormal se déchira à plusieurs reprises et que le malade succomba à la fin. Ce fut sur ces motifs que Louis s'appuya pour conseiller l'emploi d'une alimentation abondante et formée de substances laissant un gros résidu; sans doute il retardait ainsi la cicatrisation, il pouvait même l'empêcher, mais il conservait à l'intestin son calibre. Les faits cités par Louis étaient de nature à faire renoncer à un traitement qui pouvait avoir de funestes résultats, mais ce serait tomber dans une exagération

contraire que d'entraver la cicatrisation de la plaie.

Il me semble que l'on n'a pas assez réfléchi sur la portée des motifs qu'a allégués le secrétaire de l'Académie de chirurgie pour faire prévaloir sa méthode, on le voit surtout préoccupé de tenir la voie des matières libres, tandis que Lapeyronie avait principalement en vue de permettre la cicatrisation de la plaie; c'est-à-dire que dès le début de la thérapeutique des anus contre nature, apparaissent les deux indications; mais on n'en fut pas frappé. Scarpa s'est aussi élevé avec énergie contre le traitement par la diète, il pense que par une nourriture abondante, le canal intestinal contiendra toujours une grande quantité de matières fécales qui, poussées avec force dans l'entonnoir membraneux, dilateront peu à peu sa cavité, et que le trajet demi circulaire qu'elles ont à parcourir s'élargira et deviendra moins anguleux; il cite quelques observations à l'appui de son opinion.

Une observation de Pipelet (*Mém. Acad. Chirurg.*, t. III), dans laquelle ce chirurgien ayant dû accidentellement prescrire à son malade un *purgatif*, vit la guérison s'effectuer rapidement, fut le point de départ d'une méthode thérapeutique qui consiste dans l'administration des lavements et des minoratifs. Sabatier les considérait comme étant très-propres à rappeler le cours régulier des matières, et en s'opposant au rétrécissement, à permettre le rétablissement des fonctions du canal intestinal; mais il cherchait en même temps à aggrandir les ouvertures supérieures et inférieures, et il se joignait à Louis pour proscrire la méthode de Lapeyronie. M. Debout a favorisé ainsi la guérison dans un cas. A l'aide des purgatifs, un esclave du Brésil fut

traité et guéri 36 jours après la formation d'un anus accidentel (*Rev. Méd.*, t. II, p. 473).

M. P. Boyer qui est partisan de cette médication unie à un bon régime dans les cas d'anus contre nature récents, pense que l'alimentation abondante, en dilatant l'intestin s'oppose, à la formation d'une lame d'adossement, d'un éperon étendu, et que les purgatifs concourent au même but, en occasionnant des mouvements péristaltiques dans le tube intestinal. Quelle que soit la théorie, M. Boyer rapporte trois observations de malades guéris ainsi ; mais je remarque que, si la première malade guérit régulièrement, le second conserva une fistule stercorale, et qu'enfin le troisième, qui avait été 7 mois à guérir, vint mourir à l'hôpital d'une péritonite, suite de rétrécissement de l'intestin au niveau de la cicatrice de l'anus contre nature. Et puis ne doit-on pas craindre que cette médication dans les anus contre nature récents ne détermine la rupture des adhérences ? Cependant, c'est là une objection toute théorique, et, conduite avec prudence comme le fait M. Boyer, cette méthode peut avoir de l'influence sur la guérison, je possède une observation que je dois à l'obligeance de M. Boyer et où la médication purgative ne paraît pas avoir été étrangère à la guérison.

On comprend que l'on conserve ainsi le calibre du bout inférieur, c'est dans le même but que l'on a conseillé de faire des injections par le bout inférieur ; cette pratique dont parle M. Desprès paraît avoir réussi à Blandin. J'aurai à signaler plus tard un moyen plus physiologique, qui arrive à ce même résultat.

Dupuytren attribuait une certaine influence au *dé-*

*cubitus dorsal,* il pensait que dans cette position le mésentère, par sa tension, hâtait la formation de l'infundibulum, et il cherchait même à accroître cette action en plaçant un coussin sous le dos.

Wedemeyer a publié une observation qui semble venir à l'appui de l'influence que peuvent avoir les tractions sur l'anse intestinale. Il s'agit d'une femme atteinte, depuis 17 mois, d'un anus contre nature à l'arcade crurale. Tous les moyens ordinaires avaient échoué, lorsque cette malheureuse devint enceinte. A mesure que la matrice rencontrait l'excavation pelvienne dans l'abdomen, la sortie des matières stercorales par l'anus anormal diminua et celle par l'anus naturel augmenta en proportion. L'ouverture accidentelle ne fournit plus que du pus et de la sérosité pendant le dernier mois de la grossesse, et un mois après l'accouchement elle était tout à fait guérie.

Je termine cette énumération des moyens médicaux applicables à la cure de l'anus contre nature par la relation d'un fait qui prouve que la position peut contribuer à améliorer l'état de la maladie et rendre facile l'application d'un autre moyen, de la suture, par exemple, et en assurer le succès.

## OBSERVATION

*Anus contre nature. — Guérison. — Influence de la position, par le docteur A. Thierry.*

Madame F.... portait depuis 13 ans, du côté droit, une hernie crurale. Il y a un an, elle fut prise de symptômes d'étranglement. Il se forma une tumeur fluctuante, qui s'ouvrit spontanément au bout de sept ou huit jours d'étranglement, laissant passer les matières stercorales. Madame F.... habitait la campagne; elle ne consulta pas de médecin.

A la fin du mois d'avril elle se présenta chez moi. Elle avait une teinte jaunâtre; elle était tombée dans un état de dépérissement complet, et au fur et à mesure qu'elle prenait quelque chose; les matières s'échappaient par l'ouverture anormale, située du côté droit, un peu au-dessus de la région crurale. Le pourtour de cette ouverture était rouge et tapissé de fongosités. Il était facile d'y reconnaître un anus contre nature. Avant de recourir à une opération, je reconnus les deux bouts de l'intestin et l'obstacle intermédiaire, désigné sous le nom d'éperon. Cet obstacle se réduisait à deux portions de membrane muqueuse très-mince, dont l'une semblait glisser légèrement sur l'autre; car il était facile, en introduisant le petit doigt par le bout supérieur, de déprimer la cloison.

La malade était restée au lit pendant quelques jours seulement, puis elle avait continué à marcher. Je lui conseillai de rester couchée sur le dos dans une position complétement horizontale, sans que la tête fût plus élevée que le reste du corps. Madame F.... n'ayant pas plus de 40 ans, je ne voulais pas en venir immédiatement à une méthode opératoire pour rétablir le cours des matières stercorales. Je la fis donc coucher sur le dos et je la traitai par la méthode de Ravin. Je sais bien qu'Ambroise Paré, Fabrice de Hilden, Arnaud et Sanson ont obtenu des cas de cure radicale de la hernie par la position horizontale. Toutefois je n'avais pas l'espérance certaine que le décubitus dorsal pût amener une guérison complète, mais au moins me permettait-il d'observer plus aisément la malade, et peut-être de modifier son état, et puis la parfaite innocuité de la méthode était bien démontrée, et je ne craignais pas d'accidents fâcheux.

Madame F.... resta donc pendant un mois couchée sur le dos, ne descendant pas de son lit, et servie par ses sœurs avec le plus grand soin. La nourriture fut graduellement diminuée, et dans les quinze derniers jours, la malade ne prenait plus que du bouillon et de l'eau rougie. Graduellement aussi le cours des matières se rétablit dans le bout inférieur, commençant à diminuer par le bout supérieur. Aucune compression ne fut établie sur l'ouverture de l'anus contre nature. Quelques cautérisations avec le nitrate d'argent furent faites sur les parties fongueuses qui l'entamaient. Au bout de trente-cinq jours, l'anus contre nature était arrivé à l'état de fistule stercorale. Très-peu de matières sortait. Je permis un peu plus de nourriture, puis dans l'espoir d'aider la nature, je formai une sorte d'infundibulum avec la peau adjacente. Je saisis deux plis de la peau la plus voisine de la fistule stercorale, et je les traversai par une suture enchevillée. Pendant huit jours je laissai mes deux points de suture qui, sans détruire la peau, ne faisaient que la rapprocher et donnaient à cette portion qui environnait la fistule stercorale, la forme d'un godet où quelques matières venaient séjourner. Graduel-

lement et en très-peu de temps la quantité de matières diminuait, je coupai les deux fils qui retenaient les plis de la peau. Celle-ci resta pendant quelques jours en contact, puis se rétracta bientôt. Au fur et à mesure que la peau se rétractait, la quantité des matières qui sortaient auparavant, diminuait sensiblement, dans les derniers jours même, le cours des matières avait entièrement cessé.

Le 24 juin j'appliquai un bandage sur la petite fistule qui ne laissait plus sortir dans la journée que quelques gouttes d'un liquide roussâtre. Je conseillai à la malade de manger à son appétit, et de retourner au milieu de sa famille. Cette femme porte maintenant un bandage pour les hernies crurales. Elle est observée encore quelquefois par moi à Paris, et il ne sort plus rien par l'ancienne ouverture, qui est complétement cicatrisée.

2° *Moyens chirurgicaux.* — Les moyens chirurgicaux s'adressent aux deux indications de la cure radicale de l'anus contre nature. Les uns ont, en effet, principalement pour but de *rétablir le cours normal des matières,* les autres tendent à *produire l'occlusion du trajet accidentel.*

Deux des obstacles qui s'opposent au cours des matières par la voie régulière ont été surtout signalés : le rétrécissement du bout inférieur et la présence de l'éperon. C'est donc contre ces deux obstacles qu'ont été dirigés les moyens chirurgicaux qui ont pour but de remplir la première indication. Ce fut par la *dilatation* que l'on chercha à vaincre le rétrécissement du bout inférieur, et ce fut ainsi que l'on débuta dans le traitement chirurgical de l'anus contre nature. Lecat, en 1739, conçut le projet de dilater le bout inférieur. Il avait à traiter le cas compliqué de renversement dont j'ai déjà parlé ; il avait songé à réduire les deux bouts, à les contenir dans le ventre, puis à introduire une canule dans le bout correspondant à l'anus pour le dilater, puis il devait rafraîchir les bords de la plaie, afin de les rapprocher et d'en faire la suture. Mais la réduc-

tion n'ayant pu être faite, Lecat ne mit pas son projet à exécution ; il n'en est pas moins considéré comme ayant, le premier, eu l'idée de fermer l'ouverture anormale par une suture. Il est bon de remarquer qu'avant tout, Lecat avait songé à dilater le bout inférieur.

**A. Moyens chirurgicaux ayant pour but de rétablir le cours des matières.**

1° *Méthode de Desault.* Cependant, c'est à Desault que doit être attribué l'honneur d'avoir bien compris que le rétrécissement du bout inférieur ne constituait pas le seul obstacle au cours des matières ; il vit qu'il fallait tenir compte de cet angle formé par la rencontre des deux bouts, et que Morand avait appelé *le promontoire*, et il conçut le projet de le repousser en arrière, de l'effacer peu à peu, de manière à rendre facile le passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur. Dans ce but, des mèches longues et volumineuses étaient introduites dans les deux bouts du canal, et devaient avoir le triple avantage de prévenir le renversement de l'intestin, de diriger les matières du bout supérieur dans le bout inférieur, et de dilater celui-ci, ainsi que la cavité intermédiaire. Quand l'angle paraissait convenablement effacé et la cavité intermédiaire assez spacieuse, Desault supprimait les mèches et obturait l'ouverture extérieure à l'aide d'un tampon de charpie qu'il enfonçait peu, afin de ne pas gêner le cours des matières. Des gargouillements, des coliques suivies d'évacuation de substances stercorales et de gaz par la portion inférieure du tube digestif, annonçaient la progression des matières excrémentitielles vers l'anus, et de légers purgatifs devaient activer cette progression. Quand les

matières avaient repris leur cours naturel, le tampon de linge était enlevé et remplacé par des compresses appliquées sur l'ouverture abdominale et soutenues par un bandage qui exerçait une légère compression que l'on devait maintenir jusqu'à la guérison complète. Déjà, du reste, Richter avait eu l'idée de comprimer l'ouverture extérieure avec une éponge; mais, comme on le voit, le traitement de Desault comprenait trois temps. Dans le premier, le bout inférieur était dilaté et ainsi préparé à recevoir les matières; dans le second, on se proposait de forcer ces matières à passer par le bout inférieur; enfin le troisième devait amener la cicatrisation de la plaie. Ce fut par cette méthode que Desault parvint à guérir le malheureux matelot dont il a déjà été question et dont l'histoire est longuement rapportée dans le premier volume du *Journal de chirurgie* de Desault. On ne saurait nier que cette médication ne soit heureusement combinée, et l'on n'a pas lieu d'être surpris qu'elle ait pu procurer des guérisons. Mais cependant l'on comprend que sa puissance est limitée. Pour que l'angle cède à une pareille compression, il faut qu'il soit peu saillant, peu résistant; car l'intestin, n'ayant pas de point d'appui en arrière, sera refoulé sans que l'agent compresseur, peu énergique, porte uniquement son action sur l'angle lui-même.

Ces considérations ressortent de l'examen des observations des malades qui ont été traités de cette façon. L'on voit que la maladie a, en général, résisté quand elle était ancienne et que l'éperon était saillant, ou que, du moins, il a fallu compléter la guérison par un autre moyen; cependant, dans tous les cas, ce traitement ne saurait avoir d'autres inconvénients que d'a-

mener quelquefois, peut-être, l'obstruction de l'orifice par la présence de la mèche, ce à quoi il serait aisé de remédier. Une observation, publiée dans la thèse de M. Barincou (*Th. Strasbg.*, 1852), montre que M. Sédillot a pu retirer des avantages marqués de la dilatation des deux bouts au moyen de l'éponge préparée. Il s'agissait, il est vrai, d'un cas dans lequel la perte de substances de l'intestin ayant été légère, l'éperon était peu saillant et les selles normales n'étaient pas interrompues. La médication de Desault, employée dans toute sa rigueur, a fourni à M. Roberty un succès dans un cas rapporté dans la *Revue médico-chirurgicale*, t. III, p. 277, et dont j'extrais les principaux détails :

### OBSERVATION.

*Anus contre nature guéri par la compression. (Observation publiée par M. Carassus.)*

Pierre Raymond, âgé de 55 ans, était atteint depuis quatre mois d'un anus contre nature, suite de hernie inguinale droite gangrenée.

Le 6 février 1845, il entra à l'Hôtel-Dieu de Marseille pour s'y faire traiter, et nous offrit les symptômes suivants :

Au-dessus du pli de l'aine droite et au point qui correspond à l'anneau inguinal, on observait un orifice ovalaire dont le plus grand diamètre oblique, dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, avait 3 centimètres d'étendue. Les rebords de cet orifice étaient rouges, mollasses et boursouflés. On y remarquait l'aspect lisse et poli d'une muqueuse. Cette muqueuse adhérait intimement à la paroi abdominale, laquelle était dure et calleuse en cet endroit. Au pourtour se manifestait une rougeur érysipélateuse s'étendant de l'aine droite à l'aine gauche. La surface cutanée où s'observait cette rougeur était froncée et comme empreinte de traces blanchâtres qui rayonnaient vers l'orifice. Le malade y accusait des démangeaisons continuelles. L'ouverture anormale était sans cesse humectée d'un liquide visqueux ; il s'en écoulait par intervalles des matières peu liées, jaunes verdâtres, écumeuses et presque sans

odeur. Quelquefois même il en sortait des substances non digérées et dans le même état que le malade les avait avalées. On ne saurait évaluer d'une manière exacte la quantité de matières versées chaque jour par l'orifice ; nous pensons néanmoins que sept à huit cuillerées à café représenteraient journellement la mesure la plus approximative. Suivant le rapport du malade, quelques substances se seraient échappées par l'anus anormal, sept à huit fois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, et une fois seulement depuis son séjour à l'hôpital. Comme je ne les ai point vues, j'ignore si ce sont des matières fécales ou des mucosités intestinales accumulées et durcies peu à peu.

J'introduisis le doigt dans l'anus anormal ; en le promenant en différents sens, je pus constater l'existence de deux ouvertures situées une en haut et l'autre en bas, et communiquant toutes deux par un canal en forme de voûte ou arcade, dont la convexité serait dirigée en dehors vers la surface cutanée de l'abdomen et la concavité tournée en dedans. La saillie convexe de cette voûte était peu appréciable et formait un angle rentrant très-obtus. Assez souvent la muqueuse intestinale des deux bouts faisait saillie à travers l'orifice : il suffisait que le malade toussât fortement ou qu'il se livrât à des mouvements exagérés ; on apercevait alors deux tumeurs bien distinctes, à replis valvulaires, ayant chacune une ouverture. On observait par intervalle le mouvement péristaltique des intestins, qui était aussitôt suivi de l'issue des matières déjà décrites. Ces mouvements étaient facilement provoqués par l'aspersion de quelques gouttes d'eau froide.

Tels étaient les symptômes locaux que présentait le malade dans les premiers jours de son entrée à l'Hôtel-Dieu. Son état général n'offrait rien de particulier. Le malade accusait seulement un grand appétit, se sentait faible et présentait peu d'embonpoint.

Le traitement de son affection commence le 17 février. M. Roberty introduisit dans l'anus accidentel une mèche d'environ 12 à 14 centimètres de longueur et 1 centimètre de diamètre. Cette mèche, reposant sur l'éperon et pénétrant dans les deux bouts de l'intestin, servait à dilater les parties du tube digestif faisant suite à l'anus anormal, et à y introduire, par l'effet de la capillarité, les matières visqueuses déjà citées. Le 1er juin, le mouvement contractile des intestins rejeta au dehors cette mèche qui était introduite et de nouveau repoussée : une bandelette agglutinative servait à la fixer. Par ce moyen, on y fit séjourner des mèches de plus en plus grosses, qu'on renouvelait tous les matins.

Dès le 25 février, des matières fécales sortirent par l'anus normal, et une grande quantité de vents s'échappa par le même orifice. Le 26 février et les jours suivants, d'autres matières fécales, d'autres gaz intestinaux sortirent par l'anus naturel, tandis qu'une pe-

tite quantité de fluide visqueux remplissant à peine une ou deux cuillerées à café, suinta à travers l'anus accidentel. Le 10 mars, on suspendit l'usage des mèches, et on exerça une compression graduée sur l'anus anormal.

A cet effet, M. Roberty formait une pelote avec une compresse et de la charpie, l'imbibait d'huile et la déposait ensuite sur l'orifice de l'anus; puis il recouvrait cette pelote de cinq à six compresses disposées graduellement, et enveloppait le tout d'une bande roulée sur l'abdomen et sur le pli de l'aine. Le bandage était immobile, et n'était renouvelé que lorsqu'il se défaisait. Le malade avait été mis à la diète, à l'exception de deux soupes qu'on lui distribuait dans la journée.

Dans l'espace de seize jours, l'ouverture abdominale avait diminué des deux tiers, et ne présentait qu'un diamètre d'environ un centimètre. Des matières fécales s'échappaient journellement par l'anus normal; elles étaient de même nature que celles d'un homme qui se porte bien. Une quantité à peine appréciable de fluide visqueux sortait par l'anus anormal et imbibait la surface de la pelote. La rougeur érysipélateuse, qui s'étendait de l'aine droite à l'aine gauche, avait disparu. Les traces blanchâtres qu'on observait sur l'abdomen n'existaient plus. Le malade avait pris de l'embonpoint. On continua d'exercer la même compression à l'aide du même bandage, et on donna au malade des aliments très-légers.

Au bout de six jours (25 mars), l'ouverture de l'anus diminua encore, et ne présentait plus qu'un léger pertuis; on chercha à l'oblitérer en continuant la compression, mais huit jours se passèrent sans qu'aucun changement se manifestât. Le 1er avril, une légère escarre se développa au pourtour de l'anus anormal, et en agrandit l'ouverture en se détachant. On suspendit la compression pendant trois jours. Le 4 avril, on la renouvela, mais en l'exerçant légèrement. Le 6, l'ouverture était extrêmement petite et donnait passage à une très-petite quantité de fluide visqueux. On voulut l'oblitérer à l'aide de la suture enchevillée et en recommandant au malade de garder une diète sévère; mais le malade, au contraire, mangea beaucoup, et le lendemain les points de suture avaient été déchirés, et l'ouverture de l'anus s'était agrandie. On recommença la compression, et, vers le 15 avril, l'orifice anormal fut transformé en un léger pertuis. Les jours suivants, on tenta, mais en vain, d'obtenir une oblitération complète en exerçant toujours la compression. Le 8 mai, on eut recours au nitrate d'argent, et on cautérisa profondément chaque jour l'ouverture anormale; même insuccès. Le 18, on y passa légèrement le fer rouge; l'ouverture parut avoir diminué, mais on y remarquait par intervalle un léger suintement. Le malade, ainsi guéri, sortit de l'hôpital avec une pelote de bandage herniaire au pourtour de la cicatrice de l'anus.

Il est remarquable avec quelle rapidité l'ouverture anormale s'est retrécie en ce cas, mais il faut noter par contre la persistance opiniâtre d'un trajet fistuleux. C'est là un des échecs de la méthode compressive.

On voit, du reste, que le traitement préconisé par Desault n'a jamais été complétement abandonné et qu'en effet il méritait d'être conservé pour certains cas. Mais à diverses reprises, des modifications y ont été apportées, et ces modifications ont eu surtout pour résultat d'accroître la puissance de l'agent qui comprime l'éperon. C'est dans ce but que Dupuytren imagina une sorte de croissant d'ivoire à pointes et à bords mousses, supporté par une tige munie d'une plaque à son autre extrémité. L'éperon reçu dans la concavité du croissant était directement refoulé d'avant en arrière, la tige qui occupait le trajet accidentel ne pouvait faire obstacle au cours des matières que la plaque extérieure empêchait de sortir. Cet instrument ne fut appliqué qu'une fois par Dupuytren ; il produisit des coliques, des nausées, de vives douleurs qui obligèrent à le retirer.

Un instrument semblable à celui de Dupuytren fut mis en usage dans un cas, par M. Richet, dans le but de refouler un éperon ; les mêmes accidents que dans le cas de Dupuytren forcèrent à ne le laisser en place que pendant 48 heures ; cependant cela avait suffi pour rendre la guérison probable, lorsque la malade mourut incidemment. Ne devrait-on pas craindre par ce moyen de détruire les adhérences ? car c'est en effet sur elle que porte la traction exercée par l'instrument ; toutefois, je crois devoir rapporter ici les détails de l'observation du malade de M. Richet, dont j'ai fait repré-

senter le cas, *fig.* 7, *pl.* 11 et dont j'ai déjà eu occasion de parler plusieurs fois.

### OBSERVATION.

*Anus contre nature, à la suite de hernie crurale étranglée. — Effets de la compression, par* M. Mailly, *interne des hôpitaux* (*Bul. Soc. anat.*, 1849, *page* 228).

La nommée Cabrespire, couturière, âgée de 51 ans, est admise le 8 décembre 1848 à l'hôpital des Cliniques, service de M. Richet.

Arrivé au service seulement le 1er janvier 1849, il m'a été impossible d'avoir l'observation exacte de la malade, depuis le 8 décembre 1848. Cependant j'ai pu combler cette lacune par l'exposition des détails qui m'ont été donnés par M. Richet et par les réponses qu'a faites la malade à toutes mes questions.

La malade portait une hernie à la région crurale droite, deux mois avant son entrée au service. Cette hernie s'étrangla, un médecin du quartier fut consulté, et déclara, après avoir examiné la hernie, qu'elle nécessitait une opération. La malade s'y décida de suite. Le médecin pratiqua alors une ponction assez profonde avec le bistouri.

Tout porte à croire qu'il avait pris cette hernie pour un abcès. L'incision donna lieu à un écoulement abondant de matières fécales. La malade continua à recevoir les mêmes soins pendant deux mois; pour toute médication, on lui appliquait des cataplasmes émollients. Au bout de ce temps, ne voyant pas d'amélioration notable, elle se décida à aller à l'hôpital le 8 décembre.

Elle portait alors à l'aine droite une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, avec une petite incision au milieu, qui laissait écouler les liquides intestinaux. M. Richet reconnut bientôt qu'il avait affaire à un vaste abcès stercoral, et comme la peau rouge violacé qui le recouvrait menaçait de se sphacéler, il débrida largement pour donner une issue libre aux matières fécales. L'abcès ne tarda pas à se déterger; mais, malgré les incisions, la peau se gangrena, et mit à nu le triangle fémoral, triangle au milieu de la base duquel se trouvait l'ouverture intestinale. Voici quel était l'état de la plaie. Les matières s'écoulant par l'ouverture avaient dénudé la moitié interne du couturier et tout le premier adducteur superficiel. Au niveau de l'anneau se remarquait l'intestin, sous forme d'un bourrelet rougeâtre, à côté duquel se trouvait une frange épiploïque. La partie saillante de l'intestin ne laissant pas écouler de matières, M. Richet ne tarda pas à reconnaître dans cette partie le

bout inférieur de l'intestin et l'apparence plissée et valvulaire lui fit supposer que c'était une portion du jéjunum qui avait été perforée. A cette époque, la malade était trop faible et trop continuellement en butte à la crainte d'une opération pour qu'on songeât à appliquer l'entérotome.

Au 1er janvier, on apercevait à l'aine droite la large ulcération triangulaire que j'ai décrite plus haut; au milieu de la base, c'est-à-dire au niveau de l'anneau crural, se trouvait l'extrémité du bout inférieur, sous forme d'une masse rougeâtre boursoufflée. A cette époque, on tentait de nourrir la malade en injectant du bouillon par le bout inférieur. Cette manœuvre donna lieu à des coliques, à des envies de vomir, et quelquefois même à des vomissements. Chaque jour, le contact des liquides intestinaux s'écoulant par le bout supérieur, causait de vives douleurs à la malade, et détruisait toute tendance à la cicatrisation, pour la vaste plaie de la cuisse. En outre, la malade est continuellement agitée d'un mouvement fébrile (96 pulsations) qui la met dans une faiblesse extrême.

6 janvier. La malade se trouve un peu mieux ajourd'hui. Le pouls est à 76; elle se sent plus d'appétit, et déclare à M. Richet qu'elle est prête à subir toute espèce d'opération pour guérir.

Le samedi 13, M. Richet, pensant que la malade se trouvait dans les dispositions favorables, se décida à tenter l'application de l'entérotome pour effacer l'éperon, et rendre la communication libre entre le bout supérieur et le bout inférieur de l'intestin, qui fait saillie au niveau de l'anneau crural.

Le lendemain, 14, M. Richet passa une sonde de femme dans le bout inférieur, et avec une autre sonde, il alla à la recherche de l'orifice du bout supérieur, qu'il ne tarda pas à trouver. Il y enfonce alors la sonde de dehors en dedans; le bout supérieur était dirigé obliquement vers la ligne blanche, le bout inférieur regardait du côté de la fosse iliaque droite. M. Richet retira alors la sonde du bout supérieur en l'appliquant contre la paroi intestinale qui formait l'éperon, et le choc qui résulta de la rencontre des deux sondes l'avertit qu'il était arrivé à l'ouverture de communication des deux bouts de l'intestin. Cette opération lui indiqua également quelle était la saillie de l'éperon. Alors, avec des pinces à griffes et des ciseaux courbes, il excisa l'extrémité du bout inférieur qui faisait saillie au dehors, et remit au lendemain l'application de l'entérotome, parce que les tentatives qu'avait nécessitées cette première opération avaient causé trop de douleur à la malade pour lui permettre d'en supporter de suite une seconde.

L'examen du bout inférieur excisé fit présumer que M. Richet ne s'était pas trompé, et que c'était une portion du jéjunum qui avait été perforée. En effet, la muqueuse présentait un nombre assez con-

sidérable de valvules. On appliqua sur l'orifice un gâteau de charpie avec un bandage spica de laine.

Le soir, la malade se trouvait bien. Elle n'avait eu qu'un peu de douleur au niveau de la plaie et quelques coliques.

On se prépare aujourd'hui à appliquer l'entérotome ; M. Richet veut encore une fois s'assurer, à l'aide des deux sondes de femmes, de la direction positive des deux bouts de l'intestin, il éprouve une grande difficulté pour trouver le bout supérieur, et l'introduction de la sonde détermine l'issue d'un fragment de graisse ressemblant à une frange épiploïque. Évidemment la difficulté à trouver les bouts de l'intestin tenait à une rétraction mésentérique considérable, et ce qui le prouve, c'est l'introduction des deux sondes, qui fait voir que la saillie de l'angle interne était beaucoup moins considérable que la veille. Cependant l'issue de ce fragment de graisse fit craindre à M. Richet d'avoir rompu par ses tentatives les adhérences très-faibles de l'intestin à la paroi abdominale. Le soir la malade va bien, il n'y a aucun symptôme de péritonite, point de ballonnement du ventre, pas de coliques. La malade a même de l'appétit ; il ne s'écoule que peu de liquide par la plaie.

17. La malade a éprouvé hier quelques douleurs au niveau du rectum, et a eu une selle liquide par l'anus, il ne s'est écoulé qu'un peu de liquide par la plaie.

L'examen de la plaie fait constater une diminution énorme de la saillie de l'éperon. M. Richet émet alors l'idée d'achever de l'effacer à l'aide du moyen employé par Desault, à cet effet, il fait faire une plaque en corne, en forme de fourche. Une des dents doit être introduite dans le bout supérieur, l'autre dans le bout inférieur, et l'éperon correspondant à l'espace qui les sépare.

20. La malade continue à bien aller : elle évacue par les voies ordinaires, mange bien ; il ne sort plus qu'un peu de liquide par la plaie. On applique la fourche en corne par-dessus laquelle on met un tampon de charpie, maintenue par un bandage.

21. La malade a souffert après l'application de la fourche ; il ne s'est pas écoulé de matières par la plaie. On maintient la fourche appliquée et maintenue à l'aide d'un tampon.

22. La malade ne peut pas supporter plus longtemps l'application de la fourche ; elle va bien du reste. On la laisse libre en recouvrant simplement la plaie avec un gâteau de charpie.

L'amélioration progresse de jour en jour ; selles naturelles tous les jours. Écoulement d'une petite quantité de liquide ; digestion facile ; cependant la malade ne peut supporter la viande ; elle ne mange que des légumes, et encore faut-il qu'elle les choisisse. On songe à faire cicatriser la plaie.

1er *février*. Pansement au linge cératé et charpie, même état que ces jours passés.

La malade a eu pendant le commencent du mois quelques alternatives de bien et de mal. Mais en somme, elle se trouve mieux, à part, toutefois, le manque d'appétit et l'impossibilité de digérer certains aliments ; la plaie se cicatrise rapidement ; il ne s'écoule qu'un peu de liquide, et les matières continuent à suivre le cours naturel.

22. La malade s'est plaint hier de quelques coliques ; elle a vomi ; cependant il n'y avait pas de douleur par la pression à l'abdomen. Pas de frisson, en un mot, presque aucun des symptômes d'une péritonite. La plaie est dans le même état.

22. La malade ne ressent pas de douleur, mais elle continue à ne plus pouvoir manger.

23. Hier, la malade a été prise de diarrhée. Elle a eu quatre selles. On prescrit : diascordium, 10 grammes.

24. La diarrhée est arrêtée, mais la malade est très-affaiblie, elle ne peut avaler que quelques cuillerées de bouillon. Même état de la plaie que les jours précédents.

28. Les trois jours précédents, l'état de la malade ne s'est pas modifié : aujourd'hui elle est d'une faiblesse extrême. La langue est noirâtre, les yeux sont ternes, le pouls est insensible.

La malade a succombé dans la nuit du 28 février au 1er mars.

*Autopsie.* La portion intestinale herniée est située dans la dernière partie de l'iléon, à deux décimètres du cœcum ; le bout inférieur est appliqué contre la fosse iliaque droite, le bout supérieur est dirigé obliquement vers la ligne médiane. Le bout supérieur présente une dilatation double de celle du bout inférieur ; ils offrent tous deux un peu de rougeur inflammatoire.

La saillie de l'éperon est peu considérable ; l'ouverture de communication des deux bouts présente un centimètre de diamètre. Les adhérences qui unissent l'intestin à la paroi abdominale, sont très-minces et très-faibles, et de plus très-courtes.

La communication avec l'extérieur ressemble à un trajet fistuleux ; on remarque, au niveau du point où l'intestin adhère à l'anneau, une ligne celluleuse blanchâtre correspondant au sommet de l'angle formé par le mésentère.

On trouve, au niveau de l'infundibulum un débris de l'épiploon qui s'était engagé dans l'anneau avec la hernie, et dont une portion était sortie lors de l'introduction des sondes dans les deux bouts, et avait fait croire un moment à une rupture des adhérences.

En examinant le reste du tube intestinal, on trouva une portion du jéjunum plongée dans le cul-de-sac recto utérin, et y adhérant assez fortement. Une légère traction suffit pour déchirer cette portion d'intestin, qui est ramollie, et dont la muqueuse présente une teinte inflammatoire violacée très-manifeste. Le diamètre de l'intestin en ce point est notablement diminué. On trouve dans le cul-de-sac recto-utérin du tissu cellulaire épaissi, et comme infiltré de

pus et de matière tuberculeuse. Le rectum et la fin de l'S iliaque du colon présentent des parois très-épaisses; la muqueuse est teinte d'une rougeur très-vive, très-intense. Le reste du tube intestinal est parfaitement sain. L'utérus, la vessie et les autres viscères ne présentent rien de remarquable.

Cependant la méthode de Desault a été le point de départ d'autres modifications. M. Colombe, en 1827, conseilla de placer les extrémités d'une grosse canule de gomme élastique, longue de 2 ou trois pouces, dans les deux bouts de l'intestin, canule légèrement courbe, qui appuierait par sa concavité sur la cloison et porterait au milieu de son côté convexe un fil destiné à la maintenir jusqu'à ce que la plaie fût entièrement fermée. Ce moyen paraissant rationnel, M. Velpeau l'essaya en 1831; le malade mourut au bout de trois jours, l'intestin était perforé en arrière; cependant en 1839, M. Séchaud paraît avoir usé de ce traitement avec succès.

En 1835, M. Leroy, d'Etioles avait aussi proposé des instruments compresseurs pour favoriser la cure des anus contre nature, lorsque la forme de l'éperon ne permet pas de faire usage de l'entérotomie. Leur disposition est telle que, entrés dans la fistule sous un petit volume, ils peuvent présenter à l'éperon une assez large surface et repousser cette partie en même temps qu'ils agrandissent l'infundibulum.

Tels furent les efforts faits dans la direction que Desault avait imprimée au traitement de l'anus contre nature. Cependant Dupuytren qui avait bien obtenu quelques succès par cette méthode, mais qui n'avait pas eu à s'en louer quand il voulut en accroître la puissance, Dupuytren avait compris qu'elle devait être inefficace en beaucoup de cas.

Scarpa, par ses recherches anatomo-pathologiques, indiquait que la nature obtenait des guérisons spontanées par la formation d'une cavité intermédiaire, que la formation de cette cavité était rendue nécessaire par la présence de l'éperon. Dupuytren acceptant cette doctrine, en saisit vite toutes les conséquences et comprit que s'il en était ainsi, c'était l'éperon qui formait obstacle à la guérison, et que la dilatation du bout inférieur ne devait constituer qu'une préoccupation secondaire dans le traitement. Je viens de dire comment Dupuytren chercha d'abord à marcher sur les traces de Desault, et n'ayant pas été heureux dans ses tentatives, il songea non plus à refouler l'éperon mais à le détruire.

2° *Méthode de Dupuytren. Destruction de l'éperon.*

La première idée qui se présentait pour opérer cette destruction, était de faire la section directe, mais derrière cette section, il y avait les dangers de la perforation ; Dupuytren le comprit, et dès lors son esprit se mit en quête. Ce fut alors que faisant appel aux notions de physiologie pathologique, il vit que si les lames de l'éperon étaient adhérentes, leur section ne serait pas dangereuse ; il fallait donc créer les adhérences. Dupuytren voulut d'abord à l'aide d'une aiguille portée aussi loin que possible au delà de la partie saillante de l'éperon, perforer les parois adossées de l'intestin. Cette aiguille devait entraîner après elle un fil dont la grosseur, augmentée graduellement chaque jour, pouvait permettre d'introduire des mèches de plus en plus volumineuses ; la présence de ce corps étranger, à travers les deux lames adonnées, devait créer les adhérences si faciles entre les séreuses;

de cette manière on formait une ouverture de communication en arrière de l'éperon et au milieu d'adhérences récentes, ouverture par laquelle les matières stercorales peuvent passer du bout supérieur dans le bout inférieur de l'intestin.

Dupuytren, après avoir essayé cette opération sur les animaux, l'appliqua, en 1813, sur un individu dont l'anus contre nature l'avait résisté à la méthode de Desault. L'éperon était très-saillant, les bouts de l'intestin bien parallèles ; une aiguille courbe traversa les parois adossées de l'intestin le plus haut possible, du bout supérieur elle revint dans le bout inférieur et entraîna avec elle un fil qui servit quelques jours après à introduire une mèche dont on augmenta chaque jour et graduellement le volume. Des gaz stercoraux sortirent bientôt par l'anus ; huit jours après les selles suivirent cette voie, tout en continuant à couler par l'orifice anormal : ce fut pour obtenir une voie plus large que Dupuytren voulant détruire une portion plus considérable, fit tous les trois ou quatre jours, avec des ciseaux, des incisions sur la partie la plus reculée de la cloison ; un jour la section alla un peu plus loin, et le malade mourut de péritonite, cependant on ne trouva pas d'épanchement dans le ventre à l'autopsie, et l'intestin n'était pas perforé.

Dupuytren, frappé de cet insuccès, renonça à ce procédé. Ce fut alors que, toujours guidé par les notions de physiologie pathologique qui lui indiquaient la facilité des adhésions des séreuses, il pensa que la pression pourrait en même temps produire et les adhérences et la section. Cette pression

prolongée devait, en effet, amener la mortification de l'éperon, mais pas sans avoir produit autour d'elle un travail de phlegmasie adhésive. L'idée était rationnelle, il fallait la réaliser. Dupuytren créa son *entérotome*, la thérapeutique des anus contre nature venait de faire un grand pas. C'était en 1813. La série d'idées que dut parcourir Dupuytren pour arriver à réaliser ce progrès, idées dont il a exposé l'enchaînement dans son Mémoire sur les anus contre nature, donne à sa découverte toute l'importance d'un grand fait scientifique.

Il est juste d'ajouter toutefois, que dès 1798, Smalkalden en Allemagne avait conçu l'idée de détruire l'éperon, et que son procédé fut consigné dans une thèse soutenue à Vitel, sous la présidence du docteur Kreysig, et qui a pour titre *Novus methodus intestinæ uniendi.* Smalkalden voulait rétablir la continuité du canal intestinal, en perçant la cloison formée entre les deux bouts d'intestin placés presque parallèlement l'un près de l'autre et adhérents entre eux, de maniere que les excréments pussent passer de la partie supérieure du canal dans la partie inférieure par l'ouverture artificielle.

Une sonde cannelée fut introduite dans le bout inférieur jusqu'à la lésion, et conduite à la rencontre du doigt placé dans le bout supérieur; un bistouri enfoncé sur la cannelure de la sonde fut retiré avec elle en coupant ce qui était en avant. La cloison fut incisée dans l'étendue d'un demi-pouce, et un bourdonnet introduit dans la plaie. La dilatation et d'autres moyens servirent à compléter la guérison. Voilà certes une opération assez mal conçue pour qu'elle ne mérite

pas l'honneur qu'on lui a faite. Et il est heureux que le malade ainsi traité ait obtenu sa guérison.

Le procédé de Physick (1809), réalisait un progrès. Si l'on en croit Dorsey (*Elem. of, Surger,* t. II, p. 67), afin d'assurer la réunion, une ligature fut passée à travers l'intestin et laissée à demeure pendant une semaine, maintenant ses parois en contact parfait, après quoi, le docteur Physick fit une ouverture dans le point de l'intestin où les deux parties avaient été ainsi réunies, et en fermant l'orifice extérieur, le cours des fèces fut rétabli ; au moins Physick avait-il pris quelques précautions pour avoir des adhérences avant de pratiquer la section.

Sans doute ces faits montrent que si l'on veut faire consister tout le mérite de la méthode dans l'idée de la section de la bride, Schmalkalden et Physick avaient eu cette idée avec Dupuytren, mais leurs procédés prouvent qu'ils agissaient un peu à l'aventure. Au contraire, le chirurgien français a exposé la série des notions de physiologie pathologique qui justifiaient l'emploi de la méthode et devaient en assurer le succès. L'adhésion préalable des surfaces séreuses adossées fut le but constant de ses efforts, et l'on a vu comment une première tentative infructueuse le conduisit à créer, sous le nom d'entérotome, un instrument dont le mode d'action est basé sur l'effet qu'exerce la pression sur les tissus vivants. Ce fut en 1816 que l'*entérotome* fut appliqué pour la première fois sur l'homme et le résultat fut heureux.

Voici en quoi consiste l'instrument que Dupuytren imagina pour opérer la section de la cloison intestinale.

Cet instrument se compose de trois pièces ou de

deux branches latérales, et d'une vis de pression à plusieurs filets. Les branches ont 7 pouces environ de longueur, l'une d'elles, que Dupuytren appelle branche mâle, parce qu'elle est reçue dans l'autre, est formée d'une lame longue de 4 pouces, large de 3 lignes et d'une demi-ligne d'épaisseur sur son tranchant, celui-ci est ondulé, et son extrémité libre se termine par un renflement sphéroïde; à l'union de cette lame avec le manche est une mortaise de quelques lignes d'étendue, derrière laquelle est le manche lui-même, qui a 2 à 3 pouces de longueur et qui est fendu dans presque toute son étendue par une autre mortaise longue de 4 lignes. La branche femelle de l'entérotome est un peu moins large que la précédente; elle présente, sur un des côtés, une gouttière dont les bords, d'épaisseur et de largeur égales à la lame de la branche mâle, sont séparés par un intervalle destiné à recevoir et loger complétement celui-ci. Le fond de cette gouttière est creusé d'ondulations dont les saillies et les enfoncements correspondent aux enfoncements et aux saillies du bord ondulé de l'autre branche; à son extrémité est une cavité destinée à recevoir le bouton qui termine cette dernière. A l'union de la gouttière avec le manche existe un pivot tournant, qui doit être reçu dans la mortaise de la branche mâle; enfin, vient le manche lui-même, qui est perçé à son extrémité d'un trou taraudé, destiné à recevoir la vis de pression. Celle-ci ou la troisième pièce de l'entérotome, est longue de 1 pouce et demi, terminée par une plaque au pavillon de forme ovalaire et faite à plusieurs filets. Passée dans la longue mortaise de la branche mâle, cette vis est engagée dans le trou de la branche fe-

melle, et son action consiste à rapprocher à volonté les lames de l'instrument.

Voici comment on applique l'entérotome de Dupuytren : on commence d'abord par aller à la recherche des deux bouts de l'intestin, on s'assure de leur situation et de la position bien exacte de l'éperon.

Quand on est parvenu à bien reconnaître la position des deux bouts de l'intestin et l'orifice de chacun d'eux, on procède à l'application de l'instrument. Le malade est couché sur le dos, les membres inférieurs demi-fléchis, la tête et la poitrine élevées, afin de relâcher les parois de l'abdomen ; de la main droite le chirurgien tient une des branches de l'entérotome, et la dirigeant sur le doigt indicateur de la main gauche qui a été introduit préalablement dans la plaie, il la porte dans un des bouts de l'intestin, jusqu'à une profondeur qui varie, suivant le cas, de 1 à 3 ou 4 pouces. Cette première branche de l'instrument est confiée à un aide qui la maintient bien en place ; le doigt gauche du chirurgien, resté dans la plaie, sert à diriger l'autre branche dans le second bout intestinal, elle est introduite avecles mêmes précautions et à une hauteur pareille. Cela fait, on réunit et on articule ensemble les deux branches de l'entérotome absolument comme un forceps, en engageant le tenon de l'une dans la mortaise de l'autre, et en faisant exécuter à la première un demi-tour, qui la place en travers de l'ouverture de la seconde; on procède alors au rapprochement des branches, de manière à adosser les parois de l'intestin et à les presser l'une contre l'autre. La vis de pression, placée dans la longue mortaise de la branche femelle, et engagée dans le trou taraudé

de la branche mâle, détermine cette compression; qu'on porte, dès les premiers moments, au point d'éteindre la vie dans les parties étreintes, en y suspendant la circulation.

Sous l'influence de la pression exercée par les deux branches de l'instrument dans leur rapprochement, le péritoine est mis en contact avec lui-même entre les mors de l'entérotome, et la pression développe l'inflammation adhésive, tandis que la portion comprise dans le fond de la rainure de la branche femelle plus comprimée, se mortifie. L'instrument tombe entraînant avec lui une languette de tissu gangrené, ce qui arrive du 8e au 10e jour, et ainsi se trouve établie une communication large entre les deux bouts. On peut s'en assurer en introduisant le doigt dans le trajet accidentel, il sera alors facile de reconnaître les débris de la cloison à leurs bords sinueux, durs et engorgés, et contrastant avec la souplesse de la muqueuse. Malgré l'action energique qu'exerce l'entérotome, il est rare que les malades ne la supportent pas bien, et c'est le petit nombre qui éprouve des coliques, des nausées, des vomissements. Aussi Dupuytren n'hésitait-il pas à donner le conseil de porter dès le premier jour la pression de l'entérotome assez loin pour éteindre la vie dans les tuniques intestinales qu'il embrasse, afin d'éviter tout sentiment de douleur prolongé.

Cependant, malgré le progrès que réalisait cette méthode, il ne faut pas se dissimuler qu'elle entraînait la chirurgie dans les procédés purement mécaniques; et c'était tellement le fond de la doctrine, que Dupuytren s'étonne de ne pas voir la plaie extérieure se

cicatriser. Aussi, quand il veut achever l'occlusion du trajet accidentel, après les cautérisations peu énergiques, après un avivement des bords de la plaie, il ne trouve rien de mieux à conseiller que l'emploi d'un instrument formé de deux pelotes allongées, qui, rapprochées par deux vis de rappel, peuvent étreindre et fermer l'orifice cutané. Dès lors, les indications complémentaires qu'aurait pu fournir l'étude de l'anatomie pathologique, sont perdues de vue, de toutes parts, c'est à l'instrument que l'on s'attaque, c'est à lui que l'on attribue les insuccès. On lui reproche donc de faire une section trop étroite, de couper à la fois dans tous les points, de produire des douleurs vives, de dépasser sa limite d'action, d'exposer à des inflammations suppuratives, à des perforations, de placer, enfin, le malade sous le coup des accidents de l'étranglement. Ces reproches formulés, chacun s'est mis à l'œuvre pour les éviter, et l'arsenal chirurgical s'est enrichi successivement d'un grand nombre d'*entérotomes*.

Dès 1819, M. *Liotard,* dans sa thèse, décrivit un nouvel *entérotome*. Cet instrument consiste dans une sorte d'emporte-pièce, au moyen duquel on enlève un disque de l'éperon, de manière à produire une ouverture qui donne passage aux excréments; mais, il faut dire que la largeur des mors de cet instrument le rend inapplicable dans beaucoup de cas ; qu'il expose plus que celui de Dupuytren, à pincer une anse d'intestin située derrière l'éperon, et, qu'enfin, la bride restée en avant de l'ouverture, doit se rétracter et devenir un obstacle au cours des matières. Cependant Blandin obtint un succès avec l'instrument de M. Liotard.

*Delpech*, trouvant que l'entérotome de Dupuytren divisait la cloison dans une trop grande longueur à la fois, craignit que la cicatrisation par suppuration, longtemps entretenue par le passage continuel des matières, n'amenât la coarctation dans tous les sens et la formation d'un nouvel éperon, et il conçut le projet de faire la section en plusieurs temps, et proposa son *compresseur-entérotome*.

Cet instrument est une pièce en forme de compas, à branches isolées, minces, creusées en tube, recourbées légèrement, et terminées par deux arêtes mousses ; les deux branches sont terminées par deux espèces de coques ; les têtes des branches se prolongent jusque dans les coques et s'abouchent vers le milieu des arêtes mousses qui compriment la cloison. Un fil, fixé par son extrémité à la vis de pression, traverse les tubes, sert à maintenir l'instrument à un bandage appliqué sur la cuisse correspondante, et à exercer sur lui une traction plus ou moins forte.

A l'aide de cet instrument, on coupe l'éperon en divers temps, mais c'est certainement un désavantage que d'avoir à le réappliquer ainsi plusieurs fois ; de plus, sa largeur en rend aussi l'usage peu commode dans bon nombre de cas.

*Blandin* employa une sorte de pince à larges mors, assez semblable aux pinces à pansement ; il voulait détruire l'éperon largement.

*Bourgery* a fait représenter dans son ouvrage une *pince-entérotome*, qui se compose de deux segments de cercle, dont l'un est reçu dans l'autre ; chaque segment est brisé par une double articulation et commandé par une tige de rappel. Selon Bourgery, cet instrument

peut être introduit fermé par une fistule étroite ; on lui rend tout son développement quand il est dans l'intestin.

M. *Lotz*, en 1836, proposait un instrument qui se trouve ainsi decrit dans la *Revue médicale* de 1837 :

Il se compose de deux branches séparées, de 6 pouces de longueur, dont l'extrémité intestinale est percée d'une ouverture arrondie d'un pouce de longueur sur une largeur de 3 lignes, et entourée d'un rebord solide d'une ligne d'épaisseur.

Cette extrémité ne fait pas suite au reste de la branche; mais tout en lui étant parallèle, quant à sa direction, elle en est séparée à l'aide d'un double coude, de telle sorte que lorsque les deux branches sont accouplées, ces deux extrémités fenêtrées sont plus rapprochées que le reste des branches. Celles-ci sont munies chacune d'un tenon et d'une mortaise qui se correspondent, et enfin d'une vis placée, pour l'une des branches, vers le milieu de sa longueur, où elle la traverse pour passer également dans un trou, dont l'autre est munie.

Une seconde vis, placée à l'extrémité supérieure des branches, qu'elle traverse, va butter contre l'extrémité correspondante de l'autre branche, qui est imperforée et agit comme moyen d'écartement.

C'est avec un instrument, basé sur les mêmes principes, que M. Sédillot a obtenu le beau succès dont je parlerai plus loin.

Je noterai, en terminant cette énumération, que je pourrais, sans aucun doute, rendre beaucoup plus longue, que M. Rigaud avait, en conservant sensiblement les mors de l'entérotome de Dupuytren, changé

le mécanisme de la pression; que M. Alquié a proposé l'emploi d'une sorte de pince à larges mors, et que M. Nélaton conseille de monter la partie externe des branches de l'entérotome à vis, pour permettre de les enlever après l'application de l'instrument. Enfin, M. Legendre propose un entérotome analogue à celui de Blandin, mais qui est articulé de manière à permettre aux deux branches de glisser l'une sur l'autre et de diminuer à volonté l'étendue de leur contact.

Si l'on examine le but de tous ces instruments, on voit que, dans l'esprit de leurs auteurs : les uns doivent procurer une large perte de substance, les autres doivent produire cette perte de substance d'arrière en avant, d'autres d'avant en arrière, quelques-uns, enfin, ont pour but de détruire l'éperon, de suite, dans toute son étendue, tandis que, par les autres, la section ne s'opère que successivement.

Ce n'est cependant pas dans l'étroitesse de la perte de substance produite par l'instrument de Dupuytren qu'il faut chercher la cause des insuccès de la méthode, car la voie de communication qu'elle établit est suffisante comme on peut s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur les *fig.* 5 et 6, qui montrent bien qu'après la section de l'éperon il existe une large cavité intermédiaire. Quant à la reproduction fréquente de l'éperon, ce n'est pas la largeur de la perte de substance qui la préviendra, elle est due à une autre raison que j'énoncerai tout à l'heure.

Du reste, il ne faudrait pas croire que la perte de substance produite par l'entérotome de Dupuytren soit aussi linéaire qu'on le suppose d'abord. En effet, la

perte de substance est plus étendue que la rainure de la branche femelle, la lamelle saisie se repliant sur les parties latérales des deux branches. Je viens d'essayer comparativement sur le cadavre la pince de Blandin et l'entérotome de Dupuytren, et il ne m'a pas paru qu'il y eût une grande différence entre la largeur des lamelles saisies. Je trouve dans la présence de la rainure de l'instrument un avantage en ce sens que l'éperon, extrêmement serré dans le fond de cette rainure, l'est moins sur les parties latérales, et que dès lors les adhérences devront s'étendre plus loin sur les bords de la perte de substance effectuée.

J'ajouterai que cette perte de substance porte sur des parois contractiles, qui doivent s'écarter après la section de la bride. D'ailleurs, l'ouverture du trajet accidentel est quelquefois assez étroite pour rendre l'application de l'entérotome de Dupuytren, sinon impossible, du moins difficile. En élargissant trop les mors, on rendra plus fréquents les cas où la méthode sera inapplicable et nécessitera une dilatation préalable.

Mais les adhérences ne s'établissent pas toujours autour de l'entérotome bien appliqué, ou elles sont incomplètes et alors l'on peut craindre un épanchement; de plus, la présence prolongée des pinces, leur longueur peuvent être la source d'accidents graves, de perforations, enfin l'inflammation peut dépasser les limites dans lesquelles on veut la restreindre.

Ce sont ces résultats possibles et observés, en effet, qui ont conduit certains chirurgiens à modifier, non plus seulement l'instrument, mais le mode de section de la bride.

Personne, je crois, ne sera tenté d'imiter la conduite de M. *Rayé*, de Vilvorde, qui, dans un cas où l'éperon était considérable, a incisé une portion de cet éperon en V, et immédiatement fermé l'ouverture anormale avec un tampon de charpie soutenu par une bande. Les matières fécales coulèrent pendant onze jours, malgré l'appareil, par l'ouverture anormale. Alors M. Rayé reconnut que l'ouverture faite à l'éperon était cicatrisée; il amidonna le bandage et la guérison eut lieu en 18 jours. Voilà certes un succès sur lequel on ne devait pas compter.

Dans le but d'éviter les inconvénients de la présence prolongée de l'instrument dans la cavité accidentelle, M. *Jobert* a donné le conseil d'appliquer l'entérotome seulement pour procurer des adhérences et non pour diviser la cloison. Après 48 heures, les adhérences seraient formées et l'instrument pourrait être retiré, on laisserait passer un ou deux jours pour accroître leur solidité; puis, avec des ciseaux gradués, on diviserait la cloison aussi loin qu'on le jugerait convenable, sans jamais dépasser les adhérences.

Dès 1827, M. *Reybard,* dont tout le monde connaît l'esprit inventif, avait été frappé des inconvénients qui peuvent être attachés au mode de section adopté par Dupuytren, et il avait proposé un moyen qui lui sembla à la fois sûr et prompt.

Son instrument et son procédé rendent réellement facile, sûre et prompte la section d'une plus ou moins grande étendue de la cloison intestinale.

Cet instrument consiste en une véritable pince à disséquer, légèrement courbée sur le plat dans la lon-

gueur de 2 pouces, vers la réunion des branches, longues elles-mêmes de 4 pouces; ces branches ont leur extrémité libre, arrondie, elles sont plates dans toute leur étendue et fenêtrées dans le même sens depuis leur origine jusqu'à 2 ou 3 lignes de leur extrémité. Deux vis placées sur le manche, de chaque côté de l'ouverture allongée dont nous venons de parler, permettent de rapprocher et serrer ces branches l'une contre l'autre. Introduites, l'une dans le bout supérieur, l'autre dans le bout inférieur, elles compriment la cloison moyenne assez pour la bien saisir, mais non pas pour la contondre, l'écraser ou la mortifier. On introduit alors, le long d'une double rainure que présente de chaque côté, sur sa tranche et jusqu'à un pouce de son extrémité, la fenêtre de la branche supérieure, une lame tranchante qui divise la cloison dans l'étendue de 2 à 3 pouces. Cette section opérée, l'hémorrhagie est empêchée par la pression des branches qui sont laissées en place. Au bout de 48 heures, les adhérences se sont formées sur les bords de la division de l'intestin et ceux-ci se cicatrisent séparément. Cet instrument est des plus ingénieux, M. Reybard en a fait usage, non-seulement sur les animaux pour l'expérimenter, mais encore sur l'homme, dans les plaies des intestins et dans les anus contre nature.

Cependant n'est-il pas à craindre que les lames de l'instrument laissées en place ne produisent la gangrène, si elles sont trop serrées? alors le but de l'instrument serait manqué, ou qu'étant trop peu serrées, elles ne laissent échapper les matières, et alors la sécurité disparaîtrait.

C'était toujours dans l'idée que l'action de l'enté-

rotome n'était pas innocente, que *Vidal* (*de Cassis*) préconisa l'emploi du caustique :

On pourrait, disait-il, creuser à chaque extrémité d'une pince deux petites cuvettes que l'on chargerait de nitrate d'argent ou mieux de pâte de Vienne, de cette manière le caustique ne pourrait se répandre au loin ; son action serait bornée, elle serait rapide, rien ne resterait dans la plaie après l'opération, elle serait sûre, le caustique faisant naître facilement l'inflammation adhésive. Plusieurs chirurgiens de Lyon ont eu à se louer de l'application de ce procédé.

Enfin, comme modification apportée au mode de section de l'éperon, on trouve signalé dans plusieurs observations le procédé de la ligature tel que l'avait décrit Physick, ou avec de légères variantes. Ainsi M. *P. Boyer* a créé un instrument ingénieux qui rend facile le passage du fil, et par ce moyen il a obtenu des succès. M. *Chassaignac* a pu faire la section de l'éperon au moyen de son écraseur linéaire. Jusqu'à présent nous ne trouvons que des procédés qui ont pour but de modifier l'instrument, soit dans sa forme, soit dans son mode d'action, puis une modification qui s'élève presque à la hauteur d'une méthode et qui change le mode de section de la bride. Mais tous ces procédés ont pour but de remplir l'indication posée par Dupuytren.

C'est la valeur de cette indication, ses avantages, ses inconvénients, qu'il me reste à déterminer. A part les dangers que les divers procédés que je viens d'énumérer prétendent éviter, la section de la bride, envisagée comme méthode, n'est pas toujours applicable, et les conditions qui s'opposent à sa réalisation

sont : l'impossibilité de trouver l'un des bouts, l'éloignement que ces bouts présentent entre eux, leur croisement, leur torsion ; mais ce sont là des obstacles inhérents à la maladie, qui ne peuvent être imputés à la méthode et qui montrent seulement que le chirurgien devra avant tout apprécier exactement le cas qui se présente à son observation.

Les difficultés de l'application, ont quelquefois été la source d'accidents regrettables ; ainsi, dans un cas, un individu est opéré d'une hernie étranglée, derrière l'épiploon est l'intestin que l'on réduit, dix jours après les matières fécales s'écoulent par la plaie, un anus contre nature s'établit, on veut guérir le malade, on cherche à couper un éperon qui n'éxistait pas. Le sujet meurt à la suite de plusieurs tentatives, l'intestin avait été transpercé (*Bull. Soc. anat.*, 1844).

Dans un autre cas, où l'entérotome avait aussi été appliqué, l'autopsie fournit les détails suivants :

L'ouverture de l'intestin se trouve à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de l'intestin grêle. L'infundibulum, depuis la peau jusqu'à la circonférence antérieure de l'intestin, a 6 centimètres. La structure de ses parois paraît en tout semblable à celle du bout supérieur de l'intestin, il est enveloppé du péritoine pariétal avec lequel il a contracté des adhérences assez résistantes. Il est facile de voir qu'il n'y a pas le moindre éperon. Nulle part les faces mésentériques de l'intestin ne sont en contact ; elles n'ont pu adhérer l'une à l'autre. Ce qui sur le vivant a été pris pour un éperon, n'est autre chose qu'un repli des parois intestinales dont la circonférence supérieure s'affaissait et formait valvule ; c'est là que l'entéro-

tome a été appliqué. On voit à l'extrémité postérieure de cet éperon non permanent, deux ouvertures produites par la pression des branches de l'instrument. Le bout supérieur de l'intestin est hypertrophié; ses parois épaisses laissent voir manifestement les fibres musculaires. L'inférieur, au contraire, a des parois minces, transparentes comme une séreuse après dessiccation. Les vaisseaux du mésentère sont volumineux du côté du bout supérieur, ceux qui se dirigent vers le bout inférieur sont à peine apparents. (*Bul. Soc. an.*, 1856). Les fig. 8 et 9 (pl. 2) reproduisent les détails de cette autopsie; on voit du côté de la concavité de l'anse les deux ouvertures produites par l'entérotome, les deux trous plus larges qui occupent la convexité ont été pratiqués sur la pièce pour montrer l'intérieur.

Dans d'autres cas, une anse intestinale, située derrière l'éperon, a pu être engagée entre les mors, et c'est là que s'est produite une perforation. Ces faits malheureux prouvent la difficulté de l'application de la méthode, et la réserve que l'on devra mettre à l'employer dans les cas douteux, d'autant plus qu'à la section de l'éperon se rattache comme possible un certain nombre d'accidens.

Envisagée dans ses résultats, au point de vue de la cure radicale, il est évident que cette méthode employée seule, si elle peut réussir, porte aussi en elle des causes nombreuses d'insuccès, si surtout on veut en faire une méthode unique de traitement complet. L'un des principaux écueils, c'est que la section de l'éperon ne suffit pas pour le détruire à tout jamais, car dans un certain nombre de

cas, on a vu cette bride se reproduire au bout d'un temps plus ou moins long, alors même que sa section avait été très-réellement effectuée. Delpech a déjà entrevu la cause de cet insuccès : « Après la section que « la pince opère, il y a deux surfaces suppurantes « dans l'intestin, si elles ne sont pas, dit-il, recouver- « tes rapidement par une cicatrice solide, elles ne « peuvent manquer de se crisper par la génération du « tissu fibreux (tissu inodulaire), le quel est d'autant « plus facilement produit que les matières intestinales « peuvent entretenir longtemps l'irritation. » Cette explication paraît très-logique; lorsque la pince tombe, en effet la section de l'éperon se trouve exactement dans les conditions d'une plaie angulaire analogue à celle qui occupe l'espace compris entre deux doigts réunis, alors qu'on a fait la section de la membrane qui la réunissait.

La réunion et par conséquent la fusion nouvelle entre les parties divisées, se fait de la commissure vers les parties extérieures ou, en d'autres termes, du sommet du V vers ses extrémités. En supposant même qu'une cicatrice formée par seconde intention, recouvre les côtes de l'angle formé par la section, l'éperon pourrait encore se reproduire si cette cicatrice se rétractait, parce que toute ligne courbe qui se raccourcit tend à s'élever et à devenir saillante et rectiligne.

Quand au contraire, la section de l'éperon reste permanente, il est probable que sur chaque lèvre de la plaie angulaire, les muqueuses juxta-posées se sont soudées rapidement, sans laisser entre elles de plaies suppurantes, comme cela arrive, lorsqu'après avoir divisé une palme interdigitale, ou agrandi la bouche par

une incision, on réunit par première intention les lèvres des plaies que l'instrument tranchant vient de produire.

Dans une discussion récente à la Société de chirurgie, M. Verneuil a expliqué ainsi les résultats différents qui suivent l'application de l'entérotome sur l'éperon, et M. Nélaton, de son côté, adopte une opinion semblable : cette considération suffirait pour frapper de stérilité la conception de Smalkalden, si elle ne pêchait pas déjà par d'autres côtés.

On comprend que ces reproductions répétées de l'éperon ne peuvent se faire sans que l'intestin ne soit rétracté, et, à la suite de ces récidives, les deux bouts, surtout le bout inférieur, peuvent offrir un rétrécissement tel, que toutes les méthodes viendront échouer ; c'est là, à mon sens, l'nn des grands inconvénients des sections réitérées de l'éperon.

Cependant, la section de l'éperon s'opère souvent sans offrir ces inconvénients, soit primitifs, soit consécutifs, et le malade, peut quelquefois guérir par ce seul traitement, comme le montrent certaines observations de Dupuytren et celles d'autres chirurgiens. Le cours normal des matières se rétablit promptement, et l'on voit l'ouverture cutanée se rétrécir insensiblement. Le plus souvent, pourtant, l'oblitération du trajet accidentel n'est pas complète, il reste un trajet fistuleux et persistant, et nous avons vu Dupuytren lutter en vain contre ces résultats incomplets. Enfin, dans certains cas, la section de l'éperon n'est suivie d'aucune amélioration notable.

Quand on examine le résultat immédiat que procure la destruction de l'éperon, c'est-à-dire la large cavité qui existe entre les deux bouts, l'on comprend diffici-

lement, au premier abord, la raison de la persistance de l'écoulement des matières par le trajet accidentel. Mais, quand on étudie ce trajet, l'on s'aperçoit bien vite que la cavité formée par la section de l'éperon est un *entonnoir intestinal* formé, par conséquent, à sa face interne par une muqueuse qui n'adhère pas à elle-même, et, à l'extérieur, de fibres musculaires qui, peut-être, chassent les matières par l'orifice anormal ; que, de plus, ce trajet est entouré d'adhérences qui donnent à ses parois, surtout vers l'orifice externe, une dureté qui n'en permet pas le rapprochement ; dès lors, le cas se rapproche de ceux dans lesquels primitivement il n'y avait pas d'éperon.

**B. Méthodes ayant pour but de fermer l'ouverture.**

M. Velpeau, en 1836, dans son *Mémoire sur les anus contre nature sans éperon,* en montrant la persistance de cette variété rebelle, donna l'éveil sur une seconde indication : il chercha la raison de la ténacité de ces anus contre nature, et la trouva dans la constitution même de leurs parois. Dès lors, les causes d'insuccès de la méthode entérotomique devenaient évidentes. Cette méthode ne remplissait que l'une des indications de la cure radicale de l'anus contre nature ; il fallait remplir la seconde, on se mit donc à l'œuvre pour chercher les moyens de fermer l'ouverture, et ce sera l'un des mérites de la chirurgie contemporaine que d'avoir revu et fécondé ce côté de la question.

Cependant, il faut se rappeler que l'indication de fermer l'ouverture anormale était celle qui s'était présentée la première dans le traitement chirurgical de l'anus contre nature.

1° *Sutures*. Lecat, en effet, avait eu le projet de faire la suture directe, mais ce fut Bruns qui mit ce projet à exécution plus tard. Son procédé consista à excorier les bords de l'ouverture avec la pierre infernale, puis à les maintenir réunis par un fil passé en croix. L'ouverture se ferma d'abord, mais quelques jours après elle s'ouvrit, et le malade n'eut plus envie de se prêter à un second essai. Ce fut Judey qui obtint le premier succès de cette façon, au rapport de Richerand. Cependant M. Liotard n'avait pas été plus heureux que Bruns dans une tentative de ce genre, ni que ne le fut Blandin, que des accidents forcèrent à enlever les fils.

Plus tard, *Malcom* a employé un procédé de suture avec succès. Il s'agissait d'un paysan qui portait un anus contre nature datant de 2 mois, et survenu à la suite d'une hernie inguinale gangrenée. Il y avait dans l'aine une brèche de 6 centim., à bords irréguliers, mais assez flexibles pour en permettre la fermeture complète par la demi-flexion de la cuisse sur le ventre. L'ouverture déprimée, traversée par le gaz et les liquides stercoraux, avait la grandeur d'un schelling. Malcom excisa les bords de la plaie, puis, à l'aide de la suture, les mit dans un contact parfait; la réunion ayant eu lieu par première intention, le malade sortit de l'hôpital au bout de quinze jours et put reprendre aussitôt ses occupations. (*Lond.*, *med. Gaz.*, 1843.)

M. *Jobert* a obtenu aussi une guérison en enlevant une petite languette circulaire au pourtour de l'orifice, et en réunissant les bords ainsi avivés. Au bout de quelques jours, les bords tégumentaires se trouvaient réunis et cicatrisés dans les cinq sixièmes de leur étendue et le malade guérit.

Je trouve encore mentionnés un certain nombre de cas, dans lesquels la suture directe a été employée avec des résultats divers, je crois inutile de les rappeler. Si l'on tient compte de ce que nous avons dit de la constitution du trajet accidentel, des callosités qui l'entourent et de sa doublure muqueuse, il est évident que les cas dans lesquels la suture directe suffira pour fermer un tel trajet seront exceptionnels, à moins qu'on ne l'emploie pour achever la guérison, dans le cas de persistance d'un pertuis fistuleux, et peut-être aussi quand l'avivement aura été poussé très-loin.

Cependant, je dois une mention spéciale à un procédé de suture directe qui vient de procurer à M. Chassaignac un succès. Ce chirurgien eut le soin d'aviver toute la longueur du trajet fistuleux, et chercha, au moyen de la suture enchevillée et de la suture à points passés, à diminuer la longeur de ce trajet par le rapprochement de ses deux orifices. (*Arch. Méd.*, 1855.) Il est juste d'ajouter que le trajet n'avait pas une grande largeur.

C'est dans le but d'obtenir la cicatrisation directe du trajet accidentel que les cautérisations avec le fer rouge, etc., ont été employées. Je me rappelle avoir vu, en 1848, M. Velpeau obtenir, chez une malade de son service, une guérison lente, mais solide, par des applications de potasse caustique.

Les moyens mécaniques de réunion, dont Dupuytren avait eu l'idée, ont aussi séduit M. Décès, habile chirurgien de Reims, qui a proposé un instrument pour la réunion immédiate de l'anus contre nature.

Cet instrument offre deux variétés : l'une que M. Décès nomme tenaculum simple, représente une

double tête de béquille, qu'une tige courbée en arc réunirait par une sorte de charnière vers son milieu ; l'autre, appelé tenaculum double, diffère du précédent en ce que ses branches sont deux ou trois fois plus longues, en ce qu'il a deux arcs à charnière au lieu d'un, en ce qu'il représente assez bien la miniature d'un cerceau de lit à deux cercles. On soulève en masse la solution de continuité qu'il s'agit de réunir, afin d'embrasser le double pli cutané avec les mors du tenaculum ; le mécanisme des arcs de cet instrument permet de le fixer en place par quelques tours de vis, et d'exercer sur la peau tel degré de compression que l'on veut. Les bords de la plaie, soit récente, soit nouvellement avivée, sont ainsi maintenus en avant du tenaculum ; ou les tient convenablement affrontés par de petites plaques de diachylon, et l'opération est terminée dès ce moment.

Les observations de M. Décès n'ont pas paru concluantes à M. Velpeau, et je ne pense pas que son procédé d'union ait été mis en usage par d'autres chirurgiens.

2° *Procédés autoplastiques*. L'occlusion de l'ouverture anormale ne pouvait être que bien rarement obtenue par ces moyens. Dès lors M. Velpeau, comprenant la nécessité de modifier profondément la constitution anatomique du trajet anormal, tenta l'application des procédés anaplastiques. Sans doute M. Collier avait déjà conseillé l'emploi de la méthode indienne dans un cas d'anus inguinal succédant à l'ouverture d'une hernie prise pour un abcès. Mais il n'en est pas moins vrai que M. Velpeau, le premier, commença, sur ce sujet, une série de recherches qui

furent le point de départ des progrès qu'a faits la chirurgie moderne sur ce point.

a. *Procédés de M. Velpeau.* M. Velpeau a rapporté divers essais, dans sa *Médecine opératoire* (t. IV, p. 172). « Une fois, dit-il, je détachai les téguments dans l'étendue d'un pouce, tout autour de la plaie, afin de pouvoir en aviver les bords au moyen de la suture, les matières stercorales suintèrent bientôt entre les téguments décollés et les autres tissus, malgré la compression que j'avais cru devoir opposer par précaution à cet accident. Il fallut enlever les points de suture le troisième jour et la plaie resta plus grande après l'opération qu'elle ne l'était avant.

Une autre fois, je taillai au-dessus de l'ulcère un lambeau que je fixai en forme d'opercule au moyen de la suture sur le contour de la fistule préalablement avivée. Nous vîmes dès le deuxième jour un suintement jaunâtre et des bulles d'air s'échapper entre les points de suture ; puis la gangrène s'empara du lambeau en marchant des bords vers le pédicule. Opérant depuis un malade par ce procédé, M. Blandin paraît cependant en avoir obtenu un succès complet.

L'espèce de bouchon que j'avais employé avec succès pour fermer les fistules laryngiennes vient encore comme dernière ressource. Je l'empruntai au flanc. Après l'avoir renversé, doublé sur sa face épidermique, je l'enfonçai dans l'ulcère où je le retins avec 4 points de suture, un suintement d'humidités stercorales eut lieu dès le lendemain. La suture coupa les bords de la fistule et la mortification du lambeau se fit comme dans le cas précédent. La suture emplumée sans dis-

section des téguments avait, en outre, été le point de départ de tous les échecs.

Je crus voir, en définitif, qu'il y avait ici deux obstacles à vaincre : l'un qui tient à la nature âcre ou septique des matières intestinales, l'autre qui dépend de l'induration des tissus voisins. Une fistule inguinale, une fistule stercorale en particulier, existent rarement pendant quelques mois sans devenir calleuses, leur contour se transforme en tissu dur, inodulaire, finit par ressembler à une sorte d'anneau inorganique peu favorable à la cicatrisation, soit par première, soit par deuxième intention, un lambeau de tissu simple qu'on emprunta ailleurs, ne trouvant point là d'analogie, ne s'y colla pas. Pour en maintenir les bords du contact, la suture est obligée d'exercer des tractions trop fortes, trop soutenues, pour ne pas couper bientôt un tissu aussi compact, aussi sécable.

Enfin, il est presque impossible, par les procédés ordinaires, que, du côté de l'intestin, le rapprochement soit assez exact pour mettre à l'abri de toute infiltration de matières stercorales.

J'en étais là de ces difficultés, lorsqu'il vint à la Charité un jeune homme que M. Auzoux m'avait adressé de la Normandie. Ce garçon était à peu près dans les mêmes conditions que le jeune Castin. Avant d'en venir chez lui à l'anaplastie d'aucune espèce, je conçus le projet de tenter la suture simple par le procédé de M. Reybard, c'est-à-dire de comprendre dans les anses du fil une plaque de caoutchouc ou de bois souple placée dans l'intestin, derrière la plaie, afin d'empêcher toute communication de l'intérieur avec l'extérieur, ou bien de relâcher les parois abdominales par deux incisions latérales. Je commençai par ce der-

nier procédé, me promettant bien de recourir promptement à l'autre en cas d'insuccès. L'opération fut pratiquée le 15 novembre 1835. Le célèbre docteur Mott voulut bien me servir d'aide. Je renfermai toute la fistule dans une ellipse pour l'évaser par une double incision en demi-lune, mais obliquement des côtés vers le centre, et de manière à ne pas y comprendre l'intestin, ou au moins sa membrane muqueuse. Je passai ensuite quatre points de suture à deux lignes l'un de l'autre, en ayant soin aussi que leur partie moyenne n'allât point jusque dans la cavité abdominale ou de l'intestin. C'est alors qu'une incision longue de 2 pouces, comprenant la peau, la couche sous-cutanée et l'aponévrose du grand oblique, fut faite de chaque côté à 12 ou 15 lignes en dehors de la plaie. Tout étant lavé, bien abstergé, je nouai les fils, et plaçai un cylindre de charpie dans les plaies latérales pour en écarter les bords avant d'en appliquer l'appareil contentif.

Le 18, les matières s'étaient tellement accumulées, qu'elles forcèrent à couper les fils. L'opération semblait donc avoir échoué. On lava les bords de la plaie, on recommanda bien au malade de les tenir le plus proprement possible, et on le tint à un régime fortifiant peu abondant. Le 30 décembre, la plaie ne donne plus passage qu'à une très-petite quantité de matières purulentes ; le 4 janvier 1835 les fèces ne sortent plus du tout ; le malade est dans un état satisfaisant. On le conserve encore quelque temps à l'hôpital, afin de bien s'assurer de la guérison. Comme rien ne semble devoir donner lieu à aucune crainte, que le malade marche avec facilité et ne souffre pas du tout, on le renvoie le 8 février.

On se fait à peine une idée du relâchement que procurent les incisions latérales en semblable circonstance. Les lèvres avivées de la fistule se mettent dès lors d'elles-mêmes en contact. La suture n'a plus besoin d'être serrée que très-modérément ; mais il faut qu'elles soient longues et profondes pour atteindre ce double but.

Avivée, comme je l'ai dit, la fistule est transformée en une sorte de cuvette dont le fond est sensiblement moins large que l'entrée. Il en résulte qu'on n'en met point la portion cutanée en contact sans forcer la portion intestinale à se fermer complétement. Les fils, ne pénétrant pas jusque dans l'intestin, font, d'un autre côté, que les humidités intestinales n'ont aucune raison d'en suivre le trajet. Du reste, il est probable que, loin de comprimer le ventre et les plaies, comme je l'ai fait, il vaudrait mieux les laisser absolument libres. Une diète rigoureuse, le repos, un lavement laxatif chaque soir, pendant les huit premiers jours, conviendraient certainement davantage. Je suis porté à croire que les accidents, survenus le troisième jour, n'auraient point eu lieu si j'avais eu égard à ces indications.

Ainsi, ajoute M. Velpeau, dans les anus contre nature, dépourvus d'éperon, enlever le tissu inodulaire, en ménageant le contour profond ou intestinal de la fistule, passer les fils sans aller jusqu'à l'intestin, pratiquer l'incision à 1 ou 2 pouces de chaque côté, panser sans comprimer le ventre, faire donner un laxatif chaque soir, et tenir le malade à la diète ; telle est en peu de mots, la méthode que je propose, méthode réellement digne d'être expérimentée, soit seule, soit en la combinant avec les diverses sortes d'anaplasties que j'ai déjà essayées.

b. *Procédés de M. Jobert.* M. Jobert ne resta pas étranger à ce mouvement scientifique, dans lequel M. Velpeau avait entraîné la chirurgie, et, comme le chirurgien de la Charité, il débuta par un insuccès, en employant le procédé suivant :

« Il commença par excorier circulairement l'ouverture en enlevant l'épiderme et une petite couche superficielle du derme à l'aide du scalpel et des pinces, et a élargi ensuite cet ébarbement depuis le bord de l'ouverture jusqu'à 2 centimètres au delà, de manière à en former, pour ainsi dire, un véritable en forme d'anneau. Traçant ensuite avec le bistouri, sur la paroi abdominale et dans la direction de la fosse iliaque, une véritable parabole à convexité supérieure, et dont les bouts embrassaient inférieurement le cercle saignant, et qui offrait une aire assez large et égalant, pour ainsi dire, les quatre derniers doigts de la main, il disséqua ce lambeau de haut en bas, en y comprenant le tissu cellulaire sous-jacent. Arrivé à la base, près du cercle sanglant, M. Jobert prolongea un côté plus que l'autre, l'interne, puis le renversa facilement en dedans, en tordant à peine le pédicule et le mit tout saignant en contact avec la face saignante du cercle péri-anal. Ce lambeau se contracta beaucoup ; mais, comme il avait été taillé large, il se trouva précisément dans les conditions voulues sans être tiraillé ; aussi M. Jobert se hâta-t-il de le coudre circulairement contre la brèche, puis, à l'aide d'une aiguille courbe, il commença par percer d'abord le lambeau et le bord de l'ouverture, afin de faire sortir l'aiguille à la circonférence externe du ruban. M. Jobert plaça ainsi cinq à six fils de soie, et, après les avoir noués, le lambeau se trouva parfaitement fixé contre l'aire périphérique.

Des ronds d'amadou, des compresses et une bande en spica complétèrent l'opération, qui fut du reste assez longue et fit souffrir beaucoup le malade. Le succès ne couronna pas la tentative de M. Jobert. »

Mais l'on trouve dans le *Traité de chirurgie plastique,* t. II, p. 91, sous le titre *Entéroplastie indirecte* ou *tégumentaire,* un procédé plus simple et plus efficace puisqu'il a réussi entre les mains de son auteur.

Après avoir fait une perte de substance sur les côtés et à une petite distance de l'anus anormal, M. Jobert rapproche les parties molles à droite et à gauche au devant de l'ouverture accidentelle en les infléchissant en dedans et les maintient en contact par la suture entortillée.

M. Velpeau avait signalé dans la conformation du trajet accidentel, l'induration des tissus, le contact des matières stercorales, et c'est contre ces obstacles qu'il avait principalement dirigé les efforts de sa thérapeutique.

c. *Procédé de M. Malgaigne.* M. Malgaigne indique une autre cause de persistance des anus contre nature, c'est la présence dans tout le trajet accidentel de la muqueuse intestinale, dont les valvules dirigent les matières vers cet orifice, et il ajoute que la condition presque indispensable du succès, c'est d'interrompre cette continuité et de reporter les valvules dans un sens contraire.

J'ai cherché à montrer qu'en effet, la muqueuse intestinale était l'un des plus puissants obstacles à l'occlusion de l'ouverture anormale dans les anus contre nature, sans toutefois penser que cet obstacle se présente constamment et surtout sans croire que la direction des valvules ait une influence aussi pronon-

cée que le dit M. Malgaigne; car je crois que la muqueuse par sa présence seule suffit pour empêcher la guérison.

Quelle que soit l'idée théorique qui l'a dirigé, M. Malgaigne n'en indique pas moins un procédé qui par son importance devient une véritable méthode nouvelle.

Je commence, dit-il, par aviver le trajet anormal dans toute son épaisseur, jusqu'à l'intestin exclusivement, en détachant avec soin celui-ci de ses adhérences extérieures, et prenant garde cependant que ces adhérences sont quelquefois fort peu étendues, et qu'en les décollant au delà d'un demi centimètre on risquerait d'ouvrir le péritoine. Je renverse alors en dedans sans les aviver les deux lèvres de l'intestin, et je les réunis par la suture en piqué, de manière à les adosser par leur surface externe. Par-dessus cette première suture, je réunis les chairs et les téguments avec la suture entortillée ou la suture enchevillée, en prenant d'ailleurs toutes les précautions nécessaires pour éviter le tiraillement des parties. S'il y avait une perte de substance, je n'hésiterais pas à recourir à l'autoplastie. En un mot, le point essentiel de ce procédé consiste à isoler l'intestin, à replier en dedans ses deux lèvres pour fermer la plaie extérieure par-dessus. Cette méthode d'autoplastie par *inflexion* ou *renversement* est, certes, combinée de manière à répondre aux indications de l'occlusion du trajet, mais avant de chercher à en faire ressortir toute la valeur, il est utile de la suivre dans ses applications.

d. *Procédé de M. Nélaton.* Le 6 mai 1849, M. Nélaton opérait à l'hôpital Saint-Antoine, une hernie congénitale étranglée sur un garçon de 16 ans. Les acci-

dents continuant et les gardes-robes ne reprenant plus leur cours normal, le chirurgien pratiqua, d'après l'ingénieux procédé qui lui appartient, l'opération de l'anus artificiel dans le flanc droit.

Les accidents s'étant calmés, M. Nélaton voulut clore l'anus artificiel, mais toutes les tentatives par l'emploi des moyens ordinaires ayant échoué, M. Nélaton tenta une opération autoplastique qui consista : 1° à disséquer le cloaque par sa partie externe en s'avançant à travers la paroi abdominale jusqu'au péritoine qui fut respecté, et se guidant dans cette dissection sur l'aspect des divers plans aponévrotiques; 2° à profiter de cette dissection pour fermer l'ouverture en en reployant les bords en dedans et en maintenant accolées l'une à l'autre, au moyen de la suture de Gély les surfaces saignantes; 3° à recouvrir la plaie d'un peu de parties molles empruntées aux téguments voisins et fixés dans sa position nouvelle par plusieurs points de suture.

On voit que cette opération a une grande analogie avec le procédé de M. Malgaigne ; cependant, elle comprend un temps de plus, celui qui consiste dans la formation d'un lambeau autoplastique large et bien nourri, destiné à produire l'occlusion immédiate de la plaie, circonstance qui est à la fois une condition de prompte cicatrisation et une garantie contre la réouverture complète, dans le cas même où la suture intestinale ne réussirait pas dans son entier. L'événement légitima l'utilité de ce temps de l'opération dans le cas de M. Nélaton, la cicatrisation de la plaie intestinale n'ayant pas été complète, le lambeau cutané fit obstacle au décollement, et l'anus contre nature se transforma en une fistule assez petite qui guérit en

deux mois, sans qu'il ait été nécessaire de recourir de nouveau à l'instrument tranchant.

e. *Procédé de M. Denonvilliers.* M. Denonvilliers eut bientôt l'occasion d'obtenir un beau succès par un procédé analogue. On verra, par les détails encore inédits que je dois à l'obligeance de ce professeur, qu'il s'agissait d'un cas grave. Dès lors la guérison complète et durable, obtenue dans cette circonstance, devient une preuve éclatante de l'efficacité des procédés dont la description se trouve dans l'observation. Les modifications apportées par M. Denonvilliers ont surtout pour but de rendre plus facile et moins périlleuse l'exécutiond e l'opération.

### OBSERVATION.

*Kyste situé dans la région inguino-crurale droite, opéré et guéri. — Hernie crurale étranglée, du même côté. — Etablissement d'un anus contre nature, traité inutilement par l'application de l'entérotome deux fois répétée, et guéri par une opération nouvelle ayant pour but et pour résultat l'occlusion de la plaie intestinale. (Observation communiquée par M. le professeur Denonvilliers.)*

Dans le courant de l'année 1847, la femme Suzanne Piton, âgée de 58 ans, fortement constituée et très-grasse, entra à l'hôpital de Bon-Secours, dans le service de M. le professeur Denonvilliers, pour y être traitée d'une tumeur qui occupait le pli de l'aine, du côté droit.

Examen fait de cette tumeur, elle fut considérée comme un kyste. La ponction, pratiquée avec un trocart à hydrocèle, donna issue à quelques cuillerées de sérosité transparente, et une injection iodée fut immédiatement poussée dans la poche. Le résultat de cette opération fut heureux, en ce sens que le kyste s'oblitéra; mais ses parois et les parties voisines semblèrent s'hypertrophier et s'indurer, de telle sorte qu'il se forma à la place naguères occupée par le kyste une tumeur solide, du volume d'une grosse noix. Sur ces entrefaites, M. Denonvilliers ayant quitté l'hôpital de Bon-Se-

cours, M. Marjolin, qui lui succéda, pratiqua sur la nouvelle tumeur de la femme Piton une cautérisation avec la poudre de Vienne, cautérisation qui paraît n'avoir intéressé que les téguments ; puis la malade retourna dans sa famille.

Vers le mois de février 1849, deux ans après la guérison de son kyste, elle rentra dans le service de M. Denonvilliers, à l'hôpital Sainte-Marguerite, se plaignant que la tumeur qu'elle avait conservée dans l'aine eût depuis quelque temps triplé de volume. On put constater alors qu'à l'engorgement ancien s'était joint une maladie nouvelle, une hernie crurale, qui paraissait formée à la fois par une anse intestinale et par une portion d'épiploon, et qui ne causait aucun trouble fonctionnel, bien qu'elle ne rentrât qu'en partie. Après une semaine de repos, la hernie put être entièrement réduite, et la malade sortit, pourvue d'un bandage qui contenait bien les parties.

Le 4 août de la même année (1849), elle vint, pour la troisième fois, solliciter les secours de la chirurgie, et fut admise au n° 20 de la salle Sainte-Marie, toujours dans le service de M. Denonvilliers.

Cette fois, la maladie était très-grave ; voici ce qui était arrivé : Le 3, dans la matinée, en soulevant un matelas, la malade avait senti dans l'aine une sorte de déchirement douloureux, et elle s'était aperçue immédiatement, en portant la main vers la partie souffrante, que, malgré la présence du bandage, sa hernie venait de se reproduire. La journée et la nuit s'étaient passées assez tranquillement, sans garde-robes, avec quelques coliques et un peu de douleur dans la tumeur herniaire.

Le 4, à la visite du matin, on reconnut une tumeur du volume d'une orange, dure, uniforme, sans fluctuation, irréductible, sensible au toucher, un peu rouge et chaude ; le ventre était d'ailleurs souple ; les selles manquaient depuis la veille ; il y avait eu quelques envies de vomir, mais pas de vomissements ; le pouls était plein et fort. Dans la pensée que la hernie pourrait encore, comme la première fois, être ramenée à des conditions qui en permettraient la réduction, M. Denonvilliers prescrivit le décubitus dorsal, l'application de quarante sangsues à la base de la tumeur, un bain tiède prolongé et des cataplasmes.

Le 5, les douleurs étaient moins vives dans la tumeur ; le ventre n'avait pas cessé d'être souple, quoique les évacuations alvines fussent toujours supprimées ; il n'y avait pas eu de vomissements ; enfin, le pouls avait perdu de sa force. On crut pouvoir attendre encore, en continuant les cataplasmes et donnant un nouveau bain ; mais, dans la soirée et dans la nuit, les vomissements commencèrent et se renouvelèrent cinq fois : les matières, sans être franchement stercorales, avaient déjà une odeur très-prononcée.

Le 6, l'abdomen continue toujours à être souple et insensible à la pression ; la tumeur n'a pas non plus changé de caractère ; mais le

pouls est plus fréquent, plus faible et déprimé. Des tentatives de taxis, faites avec douceur, ayant échoué, l'opération est décidée et immédiatement pratiquée par M. Denonvilliers.

Une incision cruciale ayant été faite aux téguments, les tissus sous-jacents furent disséqués avec soin et non sans difficulté, à cause des indurations qui avaient succédé à la première maladie. Le sac ne contenait point de liquide; il était immédiatement appliqué sur une anse intestinale, d'une couleur brunâtre, rappelant celle de la feuille morte. Le débridement multiple fut fait à la fois sur le collet du sac et sur l'anneau constricteur, en guidant l'instrument avec une sonde cannelée. Il fut alors possible d'attirer au dehors l'anse herniée, qui paraissait très-tendue, mais qui, durant le mouvement de traction, fait pourtant avec beaucoup de précaution et sans violence, s'affaissa sensiblement, en même temps qu'on voyait s'échapper du fond de la plaie un jet de sang noirâtre. Tandis qu'on recherchait la source de cette hémorrhagie, l'intestin s'affaissait de plus en plus. On ne tarda pas à découvrir la cause de ce double phénomène. La partie de l'intestin correspondant au collet, ayant été soumise à une pression plus forte, plus directe, et plus limitée, s'était en quelque sorte coupée sur l'obstacle, de telle sorte que les plus légers efforts de traction achevèrent la solution de continuité et produisirent une déchirure, par où s'écoulaient les matières amoncelées dans l'anse herniaire, et sur l'une des lèvres de laquelle s'ouvrait le vaisseau qui avait fourni l'hémorrhagie. Il devenait dès lors nécessaire d'établir un anus contre nature. C'est ce qui fut fait, en divisant, le long de son bord convexe et dans toute son étendue, l'anse herniaire, qui avait environ dix centimètres de longueur, puis attirant hors de l'abdomen et fixant dans la plaie, à l'aide d'un double point de suture, la partie de l'intestin immédiatement continue, en haut et en bas, avec l'anse sacrifiée. Aussitôt cet anus anormal établi, il en sortit, avec facilité, une grande quantité de matières fécales liquides et jaunâtres.

Dans les six jours qui suivirent l'opération, les parties mortifiées se détachèrent; des bourgeons charnus parurent; toute la surface de la plaie prit une teinte rosée, et l'on put enlever les points de suture devenus désormais inutiles. L'introduction d'une grosse sonde dans le bout supérieur aidait de temps en temps l'issue des matières et permettait d'éviter leur contact avec les téguments voisins. Le bout supérieur s'ouvrait vers l'angle interne de la plaie; l'inférieur se voyait un peu plus bas et plus en dehors. Tous deux paraissaient d'abord également saillants; mais bientôt le supérieur éprouva un mouvement de retrait et se réduisit sensiblement; le second resta au contraire à l'extérieur, et il s'y forma même une légère invagination.

Pendant les trois semaines qui suivirent l'opération, la malade maigrit beaucoup et tomba dans un grand affaissement. Les aliments

ne lui manquaient pas, elle prenait force potages, et sa boisson habituelle était le bouillon de bœuf; mais les substances ne faisaient dans le canal digestif qu'un séjour très-court, et en sortaient à peine altérées.

Le 28 août, vingt-quatre jours après l'opération de la hernie, M. Morel-Lavallée, remplaçant momentanément M. Denonvilliers, appliqua l'entérotome de Blandin, qui fut placé facilement et bien supporté jusqu'au huitième jour. A cette époque, une des branches de la pince se brisa la nuit, pendant que la malade dormait; mais cet accident n'eut pas de conséquences fâcheuses : le fragment put être retiré avec le reste de l'instrument, et le toucher fit reconnaître que l'escarre s'était détachée et qu'une large ouverture, pratiquée à travers les parois adossées des deux bouts de l'intestin, établissait entre ceux-ci une large communication. Le premier jour, (6 septembre). Les gaz et les matières excrémentitielles, toujours liquides, se partagent à peu près également entre l'anus naturel et l'anus anormal; mais dès le lendemain les matières passent en moindre quantité par le rectum, et bientôt elles recommencent à sortir presque uniquement par la plaie. Pour combattre cette disposition fâcheuse, plusieurs moyens sont mis en usage, divers bandages et appareils compressifs sont appliqués sur la plaie; mais ils causent des douleurs, de l'irritation, et finalement ne peuvent être supportés. Des lavements purgatifs sont administrés : d'abord, ils provoquent des garde-robes; mais peu à peu leur action devient moins efficace, puis nulle; et leur usage prolongé a d'ailleurs l'inconvénient de rendre les matières tout à fait séreuses. Ce qui réussit le mieux, c'est une plaque de carton maintenue sur la plaie par la malade elle-même; mais ce moyen ne peut servir que le jour; et, pendant le sommeil, les matières sortent avec abondance par l'anus artificiel.

Dans les jours qui suivirent immédiatement l'enlèvement de l'instrument, la malade reprit un peu de force, sous l'influence d'une alimentation plus substantielle et sans doute aussi à cause du trajet d'une partie des matières à travers le canal intestinal entier; mais l'abus des purgatifs, la diarrhée séreuse qui s'ensuivit, et l'écoulement de la presque totalité des matières par l'anus anormal, ramenèrent bientôt la faiblesse et l'amaigrissement. Ainsi se passèrent les mois de septembre et d'octobre.

Le 8 novembre, M. Denonvilliers, ayant repris son service, examine l'état des choses. Il trouve que l'ouverture de communication, qui avait été très-large, dans le principe, s'est singulièrement rétrécie depuis, et que entre elle et la surface de la plaie existe une cloison verticale d'environ trois centimètres de profondeur, de sorte qu'il y a indication formelle de diviser, en totalité ou en partie, cette cloison, afin de rendre à l'ouverture de communication une largeur suffisante. En conséquence, le 9, l'entérotome de Blandin est

réappliqué et placé de manière à porter sur la partie de la cloison qui confine au bord antérieur de l'ouverture. Aucun phénomène particulier ne succède à cette opération, qui cause seulement un peu de douleur abdominale et un léger mouvement fébrile; et, le 16, l'instrument ayant été retiré, on trouve entre ses mors les débris de la portion comprimée de l'intestin. Le toucher permet de constater l'agrandissement considérable de l'ouverture de communication.

Le lendemain, 17, la malade va à la garde-robe et rend par en bas des matières solides en petite quantité, la plus grande partie des résidus de la digestion continuant à passer par la plaie. Le surlendemain et les jours suivants, la presque totalité, puis bientôt la totalité des matières recommence à prendre son cours par l'anus anormal. A quoi attribuer ce résultat, qui peut surprendre au premier abord, quand on songe à la largeur des communications établies entre les parties supérieures et inférieures de l'intestin? Il peut être attribué, suivant M. Denonvilliers, à trois causes principales : 1° au parallélisme des deux bouts, qui est tel, que leurs parois collées forment, non un simple éperon, mais une cloison intermédiaire, laquelle, repoussée par les matières au moment où elles traversent le bout supérieur, s'applique contre la paroi opposée du bout inférieur, et bouche le canal de celui-ci; 2° à la direction des deux bouts qui, descendant presque verticalement suivant une ligne tirée de l'ombilic au canal crural, portent naturellement leur contenu vers le point le plus déclive, c'est-à-dire à travers l'ouverture anormale établie au milieu du pli de l'aine; 3° enfin, au rétrécissement du bout inférieur, qui oppose une difficulté de plus à l'introduction des matières dans sa cavité.

Quoi qu'il en soit, il devient évident que la section de l'éperon ne suffit pas dans ce cas particulier, que les matières tendent de plus en plus à prendre leur route par l'anus anormal, et que la malade demeurera affligé d'une infirmité dégoûtante et compromettante pour sa vie, si la chirurgie ne fait pas, en sa faveur, quelque nouvelle tentative. Dans quel sens cette tentative doit-elle être dirigée? L'indication évidente est de fermer solidement l'ouverture artificielle, afin de forcer les matières à s'accumuler au point de jonction des deux bouts, à dilater par conséquent l'espèce de cloaque qui se trouve dans ce point, et à empêcher ainsi la cloison intermédiaire de faire l'office d'une valvule obturatrice. Dans le but de satisfaire à cette indication, M. Denonvilliers commence par détruire, à l'aide d'une forte ligature, tout ce qui reste de la cloison intermédiaire, aux deux bouts, de telle sorte que la plaie intestinale ressemble à celle qu'aurait produite l'application de l'entérotome de Dupuytren.

Les choses amenées à ce point, ce qui eut lieu le 22 novembre, M. Denonvilliers constata avec le plus grand soin la disposition anatomique des parties, afin d'arrêter le plan d'une dernière opé-

ration, combinée de manière à atteindre, aussi sûrement que possible, le but indiqué dans l'alinéa précédent. Vers le milieu du pli de l'aine, au milieu de cicatrices irrégulières résultant des opérations antérieures, s'élève une tumeur circulaire, plate, de la largeur d'une pièce de cinq francs, molle, rouge, fomenteuse, formée par le renversement des parois intestinales, et du centre de laquelle s'écoulent les matières. Le doigt index, porté sur ce point central, n'y rencontre qu'une très-faible résistance, et franchit une sorte de conduit rétréci ou goulot, d'une longueur équivalente à l'épaisseur de la paroi abdominale, c'est-à-dire de 15 à 20 millimètres. Il tombe ensuite dans une cavité large de 3 à 4 centimètres dans tous les sens, sorte de cloaque, au fond duquel se sent parfaitement l'éperon, c'est-à-dire le bord libre de la cloison intermédiaire aux deux bouts de l'intestin, et la cavité même de ces deux bouts accollée comme les canons d'un fusil double. D'après l'origine de cet anus contre nature, et vu la manière dont il a été établi, en attirant et engageant dans la plaie une certaine longueur de la paroi intestinale saine, M. Denonvilliers ne doute pas que le goulot et le cloaque ne soient formés par toute l'épaisseur de l'intestin, et que les tuniques muqueuses, angulaires et séreuses, n'entrent dans leur composition. Toute la longueur du goulot est soudée avec les parties constituantes de la paroi abdominale. Quant au cloaque, il est plus difficile de déterminer ses rapports et de décider s'il est ou non en totalité ou en partie dans la cavité abdominale.

*Opération.* Après de mûres réflexions, après avoir examiné de nouveau le malade avec deux de ses collègues, MM. Laugier et Nélaton, après avoir pris l'avis de ce dernier, qui vient de traiter tout récemment et avec succès, un cas de même genre, M. Denonvilliers s'arrête à l'idée d'une opération comprenant les trois temps suivants : 1° *dissection du goulot et du cloaque jusqu'au péritoine exclusivement ;* 2° *occlusion de l'ouverture par le replaiement et l'introversion de ses lèvres, et par l'accollement des surfaces saignantes, maintenues dans cette position au moyen de la suture de Gély ;* 3° *formation d'un lambeau autoplastique, en forme de pont, emprunté aux téguments voisins, et destiné à recouvrir la plaie, ce qui est à la fois une condition de prompte cicatrisation et une garantie contre le retour de l'anus anormal, dans le cas même où la suture intestinale ne réussirait pas dans toute son étendue.* L'opération ainsi instituée, convient très-bien ici ; car 1° l'épaisseur de la paroi abdominale permettra de disséquer et de détacher le goulot et le commencement du cloaque, et par conséquent d'obtenir une surface saignante assez étendue sans risquer d'intéresser le péritoine ; 2° l'ampleur du cloaque écarte le danger d'intercepter les communications par l'introversion des parties que la dissection aura rendu libres ; 3° l'embonpoint de la malade assure la formation d'un lambeau autoplastique bien fourni et bien vivant.

Le 5 décembre, M. Denonvilliers procède à l'opération, en présence et avec l'assistance de MM. Laugier, Nélaton, Sappey, et de plusieurs autres médecins.

Il commence par faire, parallèlement au pli de l'aine, deux incisions légèrement courbes, de 8 à 10 centimètres de longueur, se regardant par leur concavité, et circonscrivant entre elles l'orifice anormal ainsi que deux petits lambeaux triangulaires, l'un interne et l'autre externe, appuyés tous deux par leur base sur la marge même de l'anus anormal. Ces deux lambeaux tégumentaires sont ensuite disséqués de leur sommet vers leur base, qu'on laisse adhérer au bourrelet anal, et relevés de manière à fixer d'abord, et plus tard à entraîner celui-ci. Le doigt indicateur de la main gauche est alors introduit dans le goulot, tandis que le pouce de la même main, laissé à l'extérieur lui est opposé, de sorte que les parties à disséquer se trouvent saisies par cette pince vivante, qui peut les entrainer dans le sens le plus convenable et juger en même temps de leur consistance, de leurs rapports avec les parties voisines, de l'effet produit par chaque coup de bistouri et de l'épaisseur des tissus détachés. La dissection se fait ainsi tout autour du goulot, avec sécurité et sans trop de difficulté, quoique les inflammations antérieures et l'abondance du tissu cicatriciel empêchent absolument de retrouver aucun vestige des muscles, des aponévroses, etc., et que toutes ces parties semblent fondues ensemble; et l'on arrive assez rapidement jusqu'à un centimètre de profondeur, sans que l'épaisseur de la paroi abdominale paraisse dépassée. Dans ce moment, le cloaque intestinal attiré doucement à l'extérieur par la main gauche, obéit tout à coup à la traction, si bien qu'il est facile d'en faire sortir deux centimètres. Tous les assistants, et M. Denonvilliers lui-même, croient un instant le péritoine blessé ou déchiré, mais l'opérateur portant immédiatement le doigt au fond de la plaie pour s'assurer du fait, y sent un cul-de-sac et acquiert ainsi la preuve que la membrane séreuse est demeurée intacte. L'inspection attentive des surfaces saignantes fournit d'ailleurs l'explication du phénomène en faisant voir sur l'une, les fibres longitudinales, et, sur l'autre, les fibres circulaires de l'intestin : ils devient dès lors évident que par un hasard heureux dissection a porté sur la couche musculaire hypertrophiée et friable, ce qui a permis d'obtenir, presque sans employer l'instrument tranchant et par l'effet subit de la traction, la séparation d'une bonne longueur de l'intestin. Le premier temps de l'opération est achevé, en détruisant par la dissection l'espèce de bourrelet qui résulte du renversement en dehors des bords de l'ouverture. Cette manœuvre est indispensable pour permettre le renversement en sens inverse, c'est-à-dire l'introversion de la partie correspondante au goulot, et elle a pour effet d'augmenter encore de quelques millimètres l'étendue des surfaces saignantes.

Ce premier temps accompli, l'anus anormal se présente sous la

forme d'un orifice arrondi ; mais il est facile, en raison de la mollesse des tissus, de lui donner la disposition d'une boutonnière, disposition qui est plus favorable à l'application de la suture de Gély. Celle-ci, pratiquée à l'aide d'un fil très-solide, appliqué à 8 millimètres du bord libre de l'ouverture, et fortement serrée, détermine l'introversion du goulot en même temps que l'accollement des surfaces saignantes dans une étendue assez considérable. Par surcroît de précaution, deux points de suture, de la même espèce, sont ajoutés dans un endroit où l'application des surfaces l'une à l'autre ne paraît pas aussi intime que possible.

Il ne reste plus dès lors qu'à procéder au dernier temps, c'est-à-dire à la partie la plus facile de l'opération. Une incision parallèle au pli de l'aine, distante de celui-ci d'environ six centimètres, et longue de douze à quinze centimètres, est faite sur la paroi abdominale, à une profondeur suffisante pour intéresser la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; puis la languette de peau comprise entre cette incision et la plaie principale est détachée des parties sous-jacentes, de manière à former une sorte de pont mobile, qui est attiré en bas, au-devant de l'intestin, et fixé dans cette position au moyen de quelques points de suture entortillée et de bandelettes de diachylon. L'opération est alors complétement achevée.

La première journée est très-bonne ; la malade se plaint seulement de quelques coliques légères et fugitives et de gaz qui se promènent dans l'intestin, mais finissent par gagner l'anus ; l'abdomen est d'ailleurs souple, la langue humide, la soif modérée, le pouls normal. Il y a, pendant la nuit, quatre heures d'un bon sommeil. On prescrit la diète, une légère infusion de tilleul pour boisson, et un julep diacodé.

La seconde journée ressemble à la première : toutefois, comme il est survenu un peu de céphalalgie et d'injection de la face, M. Denonvilliers ordonne une saignée de trois cents grammes et la continuation de la diète. Les gaz sortent fréquemment par l'anus. Le sommeil est parfait la nuit.

Le troisième jour, un peu de pus s'écoule par la plaie ; quelques-unes des épingles sont enlevées. Tout va bien jusqu'au soir : alors, le ventre devient tendu, douloureux, et il y a quelques efforts de vomissements presque sans résultats. Quarante sangsues sont placées sur l'abdomen, par ordre de l'interne du service. La nuit se passe sans sommeil, et les douleurs abdominales persistent.

Le quatrième jour, à la visite du matin, la figure est un peu rouge et le pouls à 112 ; mais le facies est naturel, la langue humide, le ventre souple, non tendu, indolent, excepté dans un point limité, placé immédiatement au-dessus de la plaie. Il n'y a pas eu de frissons, et le pouls est assez développé. D'après cet ensemble de symptômes, M. Denonvilliers pense qu'il n'y a pas de péritonite, et attri-

bue les accidents de la veille à l'obstruction momentanée du cloaque par suite de la tuméfaction inflammatoire survenue dans les parties introversées. En conséquence, au lieu d'insister sur les émissions sanguines, il prescrit un lavement purgatif, dont l'administration provoque une selle abondante composée de matières fermes et moulées. La malade se trouve alors fort soulagée et dort toute la nuit d'un sommeil paisible.

Le cinquième jour, la malade se trouve très-bien, beaucoup mieux, dit-elle, qu'avant l'opération : le pouls est tombé à 100, un nouveau lavement purgatif est donné, et l'on permet quelques tasses de bouillon de poulet. Déjà le travail de cicatrisation est avancé; le lambeau paraît maintenu par des adhérences, et le centre seul de la plaie verse un pus tout à fait exempt d'ailleurs d'odeur fécale. Toutes les épingles sont enlevées, et les parties sont maintenues à l'aide de petites bandelettes de toile imbibées de collodion.

Depuis ce moment, la tendance vers la guérison devient de plus en plus manifeste. Les matières prennent le cours par le bas, et les garde-robes viennent régulièrement tous les deux jours ; pour peu qu'elles se fassent attendre, l'administration d'une petite dose d'huile de ricin en provoque le retour. Une diarrhée, survenue le seizième jour sous l'influence d'une émotion triste est arrêtée, dans les vingt-quatre heures, à l'aide de la diète et du laudanum en lavements. A partir du neuvième jour, l'alimentation est graduellement élevée, en commençant par des consommés et des potages, passant le quatorzième jour aux œufs, puis le quinzième au poisson, et enfin aux viandes blanches. La plaie n'a pas cessé de présenter un aspect satisfaisant pendant toute la durée de la cure ; le lambeau a contracté des adhérences avec les parties sous-jacentes et s'est fixé dans sa position nouvelle ; un peu d'écartement et une suppuration plus abondante se remarquent vers le centre de la plaie, point par lequel s'échappent, le vingtième jour, les deux anses du fil surajoutées à la ligature principale. Dès lors, la suppuration diminue, les bourgeons charnus se sèchent, et, la cicatrice fait des progrès si rapides que le vingt-sixième jour (31 décembre) la plaie est entièrement fermée. Ainsi, il a suffi de moins de quatre semaines pour achever cette belle cure, et obtenir la guérison complète d'un infirmité que la plupart des chirurgiens eussent regardé comme au-dessus des ressources de l'art.

Depuis près de huit ans que cet heureux résultat a été obtenu, il n'est survenu du côté de l'appareil digestif, aucun accident nouveau ; et la guérison ne s'est pas un moment démentie. La malade, âgée de 69 ans, est aujourd'hui (15 avril 1857) dans le service de M. Denonvilliers, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, n. 72. Elle a été visitée par un grand nombre de médecins, et il est facile de constater sur elle les faits suivants : 1° dans l'aine droite, existent des cicatrices, traces manifestes et indélébiles de l'opération qui

vient d'être décrite; 2° au niveau du canal crural, se sent dans l'épaisseur de la paroi abdominale, une ouverture de la largeur d'une pièce de deux francs, par laquelle entrent et sortent librement des anses intestinales, que l'on reconnaît au gargouillement, et que contient avec efficacité un bandage à pelote large et plate; 3° la santé générale de la malade est bonne, son appétit modéré et ses digestions faciles, mais elle n'a jamais repris l'embonpoint qu'elle avait avant l'opération, circonstance qui nous paraît d'ailleurs plutôt favorable que nuisible.

Les détails si précis contenus dans la relation de ce fait me dispensent d'en donner ici un long commentaire; cependant je dois ajouter qu'en me reportant aux notions de physiologie pathologique qui régissent les anus contre nature, aux conditions de curabilité de ce genre de lésions, je trouve dans cette méthode opératoire les plus grandes garanties de succès. J'y vois, en effet, le trajet obstrué dans la plus grande partie de sa longueur par un bouchon organique épais, dont les parois saignantes sont adossées, non par leurs bords, mais par leurs surfaces, et maintenues en contact par une suture extrêmement solide; j'y vois la surface muqueuse du trajet devenue une surface saignante par le reploiement du lambeau, les adhérences trop étendues détruites; enfin, j'y trouve le bouchon obturateur soutenu par un large lambeau cutané qui bride la plaie et résiste à la poussée des matières fécales, et servira, le cas échéant, de dernier rempart contre le décollement de la plaie. Aussi ne suis-je nullement étonné de voir les cas de guérison se multiplier. Je reçois de M. Fleurot, de Dijon, l'observation suivante, qui est un cas de guérison par l'application des mêmes principes.

## OBSERVATION.

*Hernie crurale gauche étranglée. — Anus contre nature. — Entérotomie. — Suture de la plaie. — Guérison.*

Mme L...., âgée de 63 ans, demeurant à Dijon, rue des Godrans.

Ayant depuis quinze ans une hernie crurale gauche, de la grosseur d'une noix, parfaitement réductible, habituellement maintenue par un bandage, lequel n'est plus en usage depuis sept ou huit mois. A des intervalles éloignés, cette hernie a été le point de départ de douleurs abdominales et de coliques, mais elle est toujours restée facile à réduire. Quand je vis cette malade, le 24 octobre 1856, elle était depuis plusieurs jours en proie aux accidents de l'étranglement intestinal, prostration extrême, altération des traits, pouls très-petit et très-fréquent, vomissements stercoraux depuis quatre jours, abdomen très-douloureux, très-météorisé; tumeur herniaire, rouge, fluctuante, très-douloureuse. Les accidents avaient commencé huit jours auparavant, c'est-à-dire le 16 octobre. Depuis ce temps, la hernie était irréductible, les selles étaient supprimées. Le taxis avait été pratiqué à diverses reprises. On avait employé des bains, des émissions sanguines, des cataplasmes, etc.

L'opération fut décidée et pratiquée le 24 octobre. Après l'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, le bistouri tomba dans un abcès bien formé, au-dessous duquel une couche compacte de tissus enflammés fut lentement incisée jusqu'à rencontre du sac. Celui-ci adhérait de toute part à l'intestin, mais par des adhérences assez faibles pour être déchirées avec le doigt. L'intestin, mis à nu, présenta une plaque grise très-molle, entourée d'une auréole d'un brun noirâtre. C'était une escharre molle qui, cédant sous le doigt, laissa une perforation intestinale. Cette ouverture fut agrandie et ses bords fixés dans la plaie, puis l'anneau crural fut débridé. Alors seulement il fut possible de pénétrer dans l'intestin.

La hernie comprenait à peu près tout le calibre de l'intestin, de sorte que l'éperon devait se trouver derrière l'anneau.

Pendant deux jours encore, après l'opération, les vomissements stercoraux et les accidents graves continuèrent. Enfin les matières presque liquides sortirent par la plaie, les accidents diminuèrent peu à peu, et, huit jours après l'opération, la malade était dans un état assez satisfaisant.

L'orifice par lequel coulaient les matières permettait l'introduction du petit doigt dans l'extrémité supérieure très-dilatée de l'intestin. Mais l'orifice du bout inférieur était difficile à rencontrer l'éperon étant presque toujours appliqué derrière la paroi interne du cercle formé par l'anneau crural.

Le 7 novembre, fut appliqué sur cet éperon l'entérotome de Dupuytren, les branches introduites de toute leur longueur, et la pince

serrée de manière à être fixée en place. Chaque jour la striction fut augmentée et la pince tomba six jours après son application, tenant dans ses mors une eschare linéaire de 7 centimètres de long. L'entérotome ne causa d'autre accident qu'une violente douleur et des nausées pendant le premier jour de son application, après quoi tout disparut.

Le 14 novembre, les matières qui jusque-là avaient coulé par la plaie passèrent dans le bout inférieur et il y eut une selle. A partir de ce moment, la plus grande partie des matières passa régulièrement par l'anus, mais un liquide d'un jaune verdâtre passait toujours par la plaie ainsi que les gaz.

Pour fermer cette fistule, nous avons employé le procédé de M. Malgaigne. Le bord de l'ouverture intestinale fut disséqué et isolé dans toute son étendue, puis renversé en dedans, de manière à adosser de toute part la surface extérieure de l'intestin à elle-même. La réunion s'opéra sur toute l'étendue, sauf un point qui est encore fistuleux. Depuis deux mois la malade se lève, marche, agit, mange, boit et dort comme une personne en bonne santé. Elle a cependant encore un petit orifice fistuleux au milieu d'une cicatrice froncée. Cet orifice est si petit, qu'il n'admet pas un stylet ordinaire ; il en sort souvent un liquide jaunâtre et spumeux ; mais cet écoulement n'est pas constant, et il manque parfois pendant une journée entière. J'espère que quelques cautérisations au nitrate d'argent fermeront définitivement ce petit pertuis.

Enfin, j'apprends aujourd'hui même (15 avril) de M. Parise, professeur de clinique chirurgicale à Lille, qu'il vient d'obtenir un succès par le même procédé, sur une femme âgée de 56 ans. Il s'était formé un anus contre nature, à la suite d'une hernie crurale étranglée. L'entérotome enleva une première fois un lambeau de 7 cent.; puis une seconde fois 7 cent. encore, et enfin par une troisième application, 5 cent. Ce fut alors que M. Parise songea à compléter la guérison par l'application d'un procédé autoplastique. Il disséqua le trajet à son pourtour, ébarba la muqueuse saillante, puis renversa le tout dedans, fit trois points de suture de Gely ; la malade guérit.

Du reste, je vois déjà dans cette méthode autoplastique, deux procédés : celui de M. Malgaigne, dans

lequel, après la suture intestinale, on se borne à réunir les bords de l'orifice cutané, comme l'ont fait MM. Fleurot et Parize: celui de MM. Nélaton et Denonvilliers, dans lequel l'orifice cutané est fermé comme par une espèce de couvercle, par un large lambeau cutané.

Cette méthode a eu ses succès, peut-être aura-t-elle des revers ; mais le moment n'est pas venu de la juger sous ce rapport ; l'on peut dire toutefois qu'elle réalise l'une des plus belles applications des procédés autoplastiques, dont les principes sont si bien étudiés par l'école chirurgicale française.

Une appréciation exacte de ces progrès ne pourra être faite que si tous les faits connus renferment les détails les plus circonstanciés sur le procédé suivi.

f. *Procédé de M. Gosselin.* M. Gosselin , pour des cas offrant une certaine complication, a employé avec succès un procédé que je rappellerai ici, parce qu'il peut très-bien s'appliquer d'une façon plus générale que n'a pu le faire son auteur jusqu'à présent, et qu'il est basé sur les mêmes principes que les précédents.

La relation des observations des malades traités ainsi par M. Gosselin, fera connaître son procédé et ses indications.

### OBSERVATION.

*Anus contre nature, suite de hernie inguinale étranglée. — Application de l'entérotome de Dupuytren. — Opération autoplastique. — Nouveau procédé. — Guérison, par M. Gosselin* (*Revue Médic.-Chir.*, t. XVII, p. 334).

Le nommé François Chavet, âgé de 68 ans, bien conservé, et même d'une vigoureuse constitution, portait depuis une trentaine

d'années une hernie inguinale droite, qui sortait difficilement, et pour laquelle il négligea toujours de porter un bandage. Dans la matinée du 16 décembre 1854, cette hernie s'échappa de nouveau et ne put rentrer. Des accidents d'étranglement ne tardèrent pas à se manifester, et forcèrent le malade à réclamer son admission à l'hôpital Cochin. M. Maisonneuve qui était alors chargé du service chirurgical, pratiqua l'opération le 19, trouva l'intestin gangrené et l'incisa. Appelé quelques jours après à succéder à M. Maisonneuve, je trouvai le malade avec une ouverture qui laissait passer toutes les matières digestives et dont le contour était limité par des portions gangrenées, et non encore éliminées du sac et de l'intestin lui-même. Peu à peu je vis toutes ces parties se détacher, la plaie prendre l'aspect granuleux, et la portion ouverte de l'intestin présenter sa membrane muqueuse, avec les mouvements vermiculaires que l'on constate ordinairement en pareil cas. La tumeur formée par ce renversement augmenta, jusqu'à acquérir un volume supérieur à celui d'une noix, sans qu'il ait été jamais possible de la faire rentrer au delà de l'ouverture abdominale. Il serait inutile de mentionner tous les détails du fait, je les résumerai en les rapportant en quatre périodes.

*Première période.* — Elle s'étend du 20 octobre au 20 novembre, et a été marquée par l'élimination des escarres, la production du renversement, et l'étude minutieuse que nous avons faite de la maladie.

Cette étude nous a montré : 1° que l'anus contre nature correspondait à une partie assez élevée de l'intestin grêle ; car une demi-heure à peine après l'ingestion des aliments, commençaient à s'échapper des matières liquides verdâtres, sans odeur stercorale, qui continuaient à sortir pendant plusieurs heures ; 2° qu'il était aussi complet que possible, car la paroi abdominale était incessamment mouillée par le liquide, et le malade n'a pas été une seule fois à la garde-robe pendant tout ce temps ; 3° qu'un éperon bien marqué séparait le bout supérieur de l'inférieur : il s'avançait jusqu'à l'intérieur, c'est-à-dire jusqu'à l'ouverture aponévrotique de la paroi abdominale ; 4° qu'il n'y avait pas de tendance à la formation de l'infundibulum de Scarpa, et par conséquent à la guérison spontanée ; car pendant un mois entier, la partie antérieure de l'éperon ne s'est pas retirée en arrière, et le contour de l'intestin, au lieu de se rétracter dans le même sens a proéminé de plus en plus, en se renversant davantage, tant aux dépens du bout supérieur qu'aux dépens de l'inférieur. J'ai plusieurs fois essayé la compression ; mais il y a eu des coliques par la rétention des matières, et le malade a toujours été obligé pour se soulager d'enlever l'appareil ; 5° que, dans cet état de choses, la santé était gravement compromise. Une émaciation rapide avait eu lieu, ce qui s'explique par le court trajet que parcouraient les aliments dans le tube digestif, et aussi

par la petite quantité qui était ingérée ; car le malade, découragé et attristé par cette issue involontaire des liquides intestinaux, avait peu d'appétit, et refusait de manger pour éviter la sortie des matières et leur contact toujours douloureux pour la peau qui était vivement érythémateuse. Le traitement a consisté pendant cette période en nettoyages réitérés, et surtout en injections de bouillon faites deux ou trois fois par jour, par le bout inférieur dont nous avions appris à bien connaître la position. Nous poussions chaque fois un demi-litre environ de bouillon. Ce moyen paraît avoir été fort utile chez notre malade ; car les matières alimentaires ingérées par l'estomac, séjournaient trop peu de temps pour fournir des matériaux suffisants à la réparation, et sans ce moyen auxiliaire, la mort par épuisement aurait pu survenir, ainsi qu'on la observé dans quelques cas du même genre.

*Deuxième période. Application de l'entérotome.* — Après avoir reconnu que l'anus contre nature était de ceux qui ne guérissent pas sans l'intervention de l'art, et que la vie du malade, quoique soutenue par les injections de bouillon, s'épuisait cependant assez sensiblement, je jugeai qu'il y aurait danger à attendre plus longtemps, et je me décidai à commencer le traitement curatif par l'opération principale et fondamentale, celle qui a pour but le rétablissement des matières fécales par la section de l'éperon. Ici j'avais à choisir entre l'instrument de Dupuytren dont les branches sont étroites, et ceux de Delpech et Blandin, dont les branches sont courtes et larges. Je donnai la préférence au premier, par cette raison qu'il a eu de nombreux succès, tandis que les autres n'ont pas été assez souvent employés pour que leurs avantages et surtout leur innocuité soient bien démontrés. D'ailleurs la théorie indique qu'on s'expose moins à ouvrir le péritoine en emportant une languette étroite de l'intestin qu'en en comprenant une large, les contractions du tube digestif devant faire céder plus difficilement les adhérences établies entre les deux bouts, dans le premier cas que dans le second.

L'expérience a montré d'autre part qu'après la section avec l'entérotome de Dupuytren, l'espace primitivement étroit ne tarde pas à s'agrandir par le passage des matières fécales. Au contraire, après la section avec les entérotomes à courtes branches, on a d'emblée un espace large, mais court, ce qui doit obliger de revenir plusieurs fois à l'application de l'instrument.

L'entérotome a été appliqué le 20 novembre 1854, et serré chaque jour davantage jusqu'au 23. La première garde-robe naturelle a eu lieu le 27, après quelques coliques, l'instrument s'étant ébranlé, mais n'étant pas tombé. Il a pu être retiré le 29, par conséquent après avoir séjourné neuf jours; et nous avons trouvé entre les deux branches une languette noirâtre qui avait 9 centimètres de long sur 5 à 6 millimètres de large.

*Troisième période, du 29 novembre au 26 décembre.* — A partir

du moment où l'entérotome est tombé, le malade a eu de temps en temps des garde-robes naturelles, mais elles sont devenues de plus en plus rares, et les matières ont continué à s'échapper par l'ouverture anormale, à peu près comme avant l'opération. Quand nous faisions une compression, il n'en résultait aucune douleur, et les matières sortaient moins abondamment par l'orifice anormal; mais pour peu que l'appareil se dérangeât, ce qui arrivait dans tous les mouvements, de nouveau l'écoulement avait lieu. Le malade continuait à manger peu; l'affaiblissement n'augmentait pas, mais restait à peu près le même, et nous ne pouvions relever le courage de ce malheureux qu'en lui faisant espérer une nouvelle opération qui le débarrasserait définitivement de l'écoulement intestinal. Le renversement augmentait toujours et devenait de plus en plus irréductible. Les adhérences me paraissaient avoir eu le temps de prendre de la solidité et je fis à plusieurs reprises des explorations avec le doigt, et je reconnus, d'une part, que l'éperon ne se sentait plus qu'à 7 ou 8 centimètres de profondeur, et, d'autre part, que les deux bouts communiquaient ensemble par un espace très-large, sorte de cavité commune par où les matières passaient, soit qu'elles arrivassent au dehors, soit qu'elles prissent leur cours vers le bout inférieur.

*Quatrième période, du* 28 *décembre au* 16 *février.* — L'ouverture extérieure, bien que rétrécie, était encore assez large pour admettre facilement le pouce; les téguments avaient été attirés vers elle et tendaient à s'y enfermer en s'adossant par leur surface épidermique. Il était évident que l'obstacle à l'occlusion définitive était apporté par le renversement toujours irréductible dont j'ai parlé, et je me décidai à continuer le traitement par une opération complémentaire ou occlusive.

L'étendue et la disposition du renversement étaient telles, le froncement et la dépression de la peau autour de l'anus anormal étaient eux-mêmes si considérables, qu'il était impossible de songer à l'exécution de l'opération de M. Malgaïgne. D'autre part, je ne pouvais recourir à un procédé autoplastique quelconque sans m'exposer à mettre la surface saignante des téguments en contact avec la surface muqueuse de l'intestin, qui n'aurait pu prendre, avec les premiers, des adhérences, de telle sorte qu'entre ces parties serait resté un espace ou cavité dans laquelle les matières intestinales auraient pu s'amasser et empêcher de détruire le travail adhésif. Il m'a paru que le plus sûr moyen d'obtenir une guérison complète était de faire participer l'intestin renversé au travail d'occlusion, en le mettant dans des conditions favorables à sa réunion avec les téguments.

Dans l'opération que je projetai il y avait deux conditions principales à remplir : aviver l'intestin renversé, et mettre les téguments en contact avec lui. Pour réaliser cette dernière, je pouvais faire une

autoplastie par glissement ou par lambeau; mais il m'a semblé que le travail spontané qui avait eu lieu indiquait un autre procédé.

La paroi abdominale, attirée vers l'ouverture représentait un commencement d'infundibulum, et il ne fallait pas un grand effort pour mettre la peau en contact avec elle-même au-devant de l'ouverture, et l'adosser par une sorte d'inflexion. Je voyais là, en un mot, une condition favorable à l'autoplastie, que M. Jobeat appelle par inflexion, et dont cet auteur a tiré un parti avantageux dans une observation relatée dans son *Traité de chirurgie*, t. II, p. 93.

Mon plan étant arrêté, j'exécutai l'opération occlusive le 28 décembre, en présence de M. le docteur Bauchet, de MM. Amen et Péter, internes des hôpitaux, et de tous les élèves de l'hôpital.

*Premier temps.* Ablation de la muqueuse sur toute la partie renversée de l'intestin. — Ce temps a été laborieux, parce qu'il importait de ne pas aller trop profondément, de peur de rencontrer le péritoine, et que les lambeaux minces se déchiraient facilement. Il a été exécuté sans dépasser la couche musculaire, et a sans doute été rendu moins difficile par l'épaississement de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent. Cette partie de l'opération n'a pas été douloureuse, et n'a donné lieu qu'à un écoulement de sang insignifiant. Le malade avait été tenu à une diète rigoureuse la veille, pour que les matières intestinales ne vinssent pas gêner l'operation, ni s'opposer les jours suivants au travail adhésif.

*Deuxième temps.* Incision circulaire de la peau à 1 centimètre 1/2 du contour de l'ouverture, et ablation de toute la peau comprise entre cette ouverture et l'incision. — Ce temps a été moins long que le précédent, et n'a offert quelque difficulté qu'à cause de la condensation du tissu cellulaire sous-cutané, qui a rendu la dissection un peu laborieuse.

*Troisième temps.* Les surfaces avivées de la surface abdominale sont infléchies l'une vers l'autre, d'un côté à l'autre, et maintenues par un aide. La disposition donnée ainsi aux surfaces avivées est telle, que les parties saignantes accolées forment en réalité deux plans, un superficiel au niveau duquel la paroi abdominale est en contact avec elle-même, un autre profond, au niveau duquel le contact a lieu entre cette même partie et l'intestin dépouillé de sa muqueuse.

Cinq points de suture enchevillée sont alors placés; j'ai soin de ne leur faire traverser que la paroi abdominale, ou mieux, le plan superficiel de la plaie. J'avais songé à passer un ou deux de mes fils à travers l'intestin renversé pour assurer son adhésion avec les téguments; mais j'ai craint en agissant ainsi de traverser le péritoine et d'exposer le malade à une péritonite.

*Quatrième temps.* Incisions circonvoisines. — Trouvant les parties un peu tendues, je fis, de chaque côté de la suture, à deux travers de doigt d'elle environ, une incision longue de 6 à 7 centimètres, qui

comprenait la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose du grand oblique. Ces incisions ne sont autres que celles que conseille M. Velpeau. (*Méd. opérat.* Tom. IV, p. 274.)

J'ai terminé par l'application d'une appareil légèrement compressif. Le malade a été tenu pendant cinq jours à une diète rigoureuse, et soutenu pendant ce temps par des lavements de bouillon. Les fils ont été retirés le sixième jour, et nous avons eu la satisfaction de voir que l'adhérence s'était faite entre les deux lèvres de la plaie. Bientôt, cependant, nous vîmes quelques matières intestinales s'échapper par deux des points de suture, qui sont restés fistuleux pendant un certain temps. Une des fistules, la plus élevée, s'est fermée au bout d'une quinzaine de jours ; la seconde n'a été définitivement oblitérée que le 15 février. Ce résultat peut être attribué en partie à la compression un peu énergique que je faisais chaque matin avec la pelote du bandage, par dessus la bande et la charpie qui protégeaient la cicatrice. Aujourd'hui la cicatrice est aussi complète que possible, et paraît très-solide, en la touchant, on constate qu'à son niveau les éguments adhèrent à une masse profonde et dense, qui me paraît être la partie renversée, actuellement confondue avec les téguments.

## OBSERVATION.

*Anus contre nature compliqué de renversement irréductible de l'intestin. — Application de l'entérotome. — Nouveau procédé autoplastique, par M. Gosselin.* (*Gaz. hop., comptes rendus de la Société de chirurgie,* 1856).

M. Gosselin présente à la Société de chirurgie une malade qu'il a opérée et guérie d'un anus contre nature compliqué de renversement considérable et irréductible de l'intestin, et chez laquelle il a mis en usage la modification qu'il a indiquée dans un travail lu à l'Académie de Médecine en 1854, et qui consiste à aviver l'intestin renversé en excisant tout sa membrane muqueuse, de manière à l'utiliser pour la cicatrice. Cette femme avait été adressée au professeur Gerdy, qui, au moment où il est tombé, malade l'avait engagée à entrer à l'hôpital Cochin. M. Gosselin s'occupa d'abord de rétablir la circulation des matières fécales par l'application de l'entérotome, qui a eu, sous ce rapport, un succès complet ; mais l'ouverture et le renversement ayant persisté, il a fallu songer à une opération occlusive. Dans une première opération faite le 25 décembre 1855, M. Gosselin a procédé comme chez son malade de 1854, c'est-à-dire qu'il a fait une autoplastie par inflexion, après avoir préalablement avivé l'intestin par l'ablation de sa muqueuse, et ensuite la paroi abdominale. Mais la réunion se fit incomplétement, les matières intestinales continuèrent à s'écouler, et l'intestin renversé se recouvrit

d'une nouvelle couche tégumentaire. Il fallut donc pratiquer une seconde opération occlusive, et elle fut faite le 9 février 1856. Elle consista :

1° Dans un avivement de toute la surface de l'intestin renversé par l'ablation de son tégument nouveau avec la pince et les ciseaux fins de la boîte à ophthalmologie ;

2° Avivement de tout le contour cutané de l'orifice anormal ;

3° Dissection d'un large lambeau de peau et de tissu cellulaire sous-cutané au-dessus et en dehors de l'anus contre nature ;

4° Application de ce lambeau qui a éprouvé à peine un quart de rotation sur l'intestin avivé, et adaptation de son contour à la paroi abdominale par sept points de suture.

Cette autoplastie à lambeau ne diffère de celles qui ont déjà été faites, notamment de celles de M. Jobert (de Lamballe), que par l'avivement préalab le de l'intestin. Le succès le plus complet a couronné cette nouvelle tentative, et a probablement été aidé puisamment par l'administration de l'opium à haute dose pendant une huitaine de jours, dans le but d'empêcher ou au moins de diminuer les contractions intestinales et la sortie des matières par l'anus accidentel.

M. Gosselin fait voir la cicatrice, dont une partie adhère à quelque chose de profond qui est sans doute l'intestin devenu paroi abdominale.

Je rappelle ici le troisième cas dans lequel M. Gosselin a mis en usage son procédé, surtout au point de vue de l'autopsie, attendu que la *fig.* 6 de la *pl.* II est la reproduction de ce cas, dont j'ai plusieurs fois parlé, et dont je dois donner les détails.

### OBSERVATION.

Le malade était un jeune homme de 27 ans, qui avait eu, le 8 mai dernier, une hernie congéniale à droite étranglée, et chez lequel l'étranglement s'était terminé par la gangrène, et avait obligé le chirurgien a établir un anus contre nature.

Lorsqu'il entra à l'hôpital Cochin, le 26 mai, il perdait, par l'ouverture anormale, toutes ses matières intestinales, et n'avait pas été une seule fois à la garde-robe depuis l'opération. L'anus contre nature était sans infundibulum, pourvu d'un éperon, d'autant plus facile à constater qu'il s'avançait jusqu'au delà de l'ouverture abdominale, et enfin compliqué d'un renversement assez considérable et irréductible de l'intestin. M. Gosselin commença le traitement par l'emploi de l'entérotome de Dupuytren. Cet instrument fut ap-

pliqué le 28 mai et tomba le 9 juin, c'est-à-dire au bout de douze jours. Aucun accident n'eut lieu. La première garde-robe se fit le 9 juin, et depuis, le malade est allé tous les jours à la selle.

Le 18 juillet, l'ouverture extérieure n'était pas fermée et continuait à laisser passer des matières intestinales, en même temps qu'elle offrait toujours le renversement irréductible, qui est l'indice habituel d'obstacles à l'établissement de l'entonnoir membraneux de Scarpa. M. Gosselin pratiqua alors une opération occlusive qui consista :

1° A enlever la muqueuse sur l'intestin renversé pour le faire participer à la cicatrisation ;

2° A appliquer sur cet intestin avivé un lambeau pris sur la paroi abdominale.

Cette opération n'eut aucune suite fâcheuse ; mais le lambeau ne contracta d'adhérences qu'avec la partie supérieure de l'intestin, et il resta au-dessous de lui une ouverture par laquelle les matières intestinales continuèrent à s'échapper, bien que le malade allât tous les jours à la garde-robe.

Ce jeune homme tenant à être complétement guéri, et voulant à tout prix être débarrassé de son infirmité avant de retourner dans son pays, M. Gosselin lui fit, le 20 août, une deuxième opération occlusive analogue à la première, mais en différant en ce que le lambeau fut pris sur la partie supérieure de la cuisse. Cette fois, contre toute attente, et quoiqu'il n'y eût pas d'épidémie à ce moment dans la salle, le malade fut pris d'un érysipèle, lequel se compliqua rapidement de délire, puis d'une double pleurésie avec épanchement brusque et symptômes d'asphyxie.

La mort eut lieu le 27 août.

On voit sur la pièce :

1° Du côté de la paroi abdominale, l'ouverture encore assez large de l'anus contre nature, et des adhérences solides entre le lambeau de la première opération et la partie supérieure du renversement intestinal ; quant au lambeau de la deuxième opération, il n'avait pas eu le temps de contracter aucune adhérence.

2° Du côté de la cavité péritonéale, l'intestin adhère solidement à l'ouverture herniaire, qui est large, et on ne trouve avec lui aucune portion d'épiploon. Les deux bouts de l'intestin qui ont été soumis à l'action de l'entérotome, sont accolés dans l'étendue d'environ 10 centimètres et réunis par une cicatrice bien apparente en avant et en arrière. Après avoir fendu le bout supérieur, on a pu constater l'existence d'une cavité commune aux deux bouts, très-large, sans rétrécissement, sans saillie ni bride intérieure, et dans laquelle s'ouvrent très-librement les bouts supérieur et inférieur de l'intestin. (*Voy.*, p. 11, *fig.* 6.)

Le temps principal de l'opération autoplastique

faite par M. Gosselin avec quelques variantes dans ces divers, consiste dans l'ablation de la muqueuse, c'est aussi celui qui, à mon avis, assure le plus son succès. En rapportant ces deux dernières observations à la Société de chirurgie, M. Gosselin a beaucoup insisté sur l'utilité de l'opium administré après l'opération, dans le but de diminuer les contractions de l'intestin.

g. *Procédé de M. Reybard.* Je terminerai cette énumération des procédés modernes employés pour obtenir la cure radicale de l'anus contre nature, par la relation d'un fait dont j'ai été témoin dans le service de M. Velpeau, et qui nous offre l'application d'un nouveau procédé de suture avec autoplastie, imaginé par M. Reybard.

Cette observation a été rédigée par M. Guyon, aide d'anatomie de la Faculté.

### OBSERVATION.

*Hernie inguinale droite. — Etranglement, opération, anus contre nature. — Nouveau procédé de suture.*

Cousin, Charles, charretier âgé de 32 ans, entré le 21 décembre, salle de M. Velpeau. Cet homme, d'une constitution moyenne, a joui d'une assez bonne santé, et a pu traverser sans accidents trop graves, les divers incidents des opérations répétées que l'on a dû tenter pour obtenir la cure radicale de son infirmité. C'est à l'âge de 2 ans que se serait montrée sa hernie, on lui fit tout d'abord porter un bandage, à 8 ans il le quittait, et avait à 10 ans une inflammation herniaire, qui céda après deux jours seulement, à des émissions sanguines locales et à des bains prolongés. A 16 ans et demi nouveaux accidents, mais cette fois il est impossible de réduire la tumeur malgré l'emploi des mêmes moyens et des tentatives de taxis souvent répétées pendant quatre jours. C'est à ce moment que l'on se décida à opérer, mais l'intestin était à ce qu'il paraît ouvert, et dut être maintenu à l'extérieur. C'est par l'ouverture accidentelle que se produisit uniquement pendant six semaines, l'écoulement des matières fécales; sans plus attendre le chirurgien qui l'avait opéré de la hernie, appliqua un entérotome. Au bout de neuf jours, la section de l'éperon était opérée et peu à près le cours des matières reprenait par l'anus,

bien qu'il continuât à s'en échapper une certaine quantité par l'ouverture accidentelle; cependant on songea à l'oblitérer, et un mois après, les lèvres de la plaie préablement avivées furent rapprochées par la suture entortillée. La réunion fut obtenue dans la plus grande étendue, mais il resta néamoins un orifice fistuleux à l'angle interne de la plaie, orifice qui jetait encore, lorsque le malade fut obligé de quitter l'hôpital et de reprendre son travail. La désunion ne tarda pas à s'opérer, mais graduellement sans engorgement, sans abcès, et pouvant grâce à un pansement méthodique, soutenu par la pelote d'un bandage herniaire, empêcher l'issue continuelle des matières, et celles-ci conservant toujours leur libre cours vers l'anus, le malade resta quinze ans environ sans songer à rien réclamer de la chirurgie, mangeant bien, digérant de même; mais observant cependant que certains aliments, le bouillon gras, les légumes féculents donnaient lieu à l'issue, un quart d'heure ou demi-heure après leur ingestion, d'un liquide abondant spumeux et à un notable développement de gaz, et rendant par l'anus des selles régulières et moulées. En août 1855, il entra cependant à l'hôpital Lariboisière; le pourtour de l'anus artificiel était encore tuméfié, la pelote ne pouvait plus être supportée, enfin il souffrait d'un lumbago, la cure radicale lui fut proposée par M. Chassaignac. Le malade accepta, mais par suite d'un ictère intercurrent, ce ne fut qu'en février que l'on fit la première opération qui eut pour but de couper l'éperon encore existant, avec la chaîne de l'écraseur. En mars autoplastie t mais des vomissements répétés pendant quarante-huit heures, e dus à l'emploi du chloroforme, occasionnèrent le déplacement des points de suture, et l'orifice cutané resta ouvert, bien que les bords en fussent restés par le fait, beaucoup moins écartés. En novembre deux nouvelles applications de l'écraseur, la section se faisait sans beaucoup de douleur, était complète au bout de neuf heures, et ce fut le malade lui-même qui lafit dans une de ces circonstances; une nouvelle autoplastie était projetée lorsque le malade quitta l'hôpital, et entra à l'hôpital de la Charité.

L'ouverture siége immédiatement au-dessus du ligament de Fallope, lui est parallèle, et a à peu près 0,08 de diamètre, les bords cutanés ne sont guère écartés que de 0,02 ou 0,03, et remplis par la muqueuse rouge boursouflée formant hernie, il s'en échappe des matières liquides jaunâtres spumeuses peu colorantes, le doigt porté dans l'ouverture pénètre facilement dans l'un et l'autre bout, et reconnaît un éperon de 0,05 à 0,06 à peu près de longueur. Cet éperon du reste ne s'avance pas jusqu'à l'ouverture cutanée, ce qui laisse un assez large passage aux matières, malgré le parallélisme des deux bouts, les selles se font facilement et régulièrement par l'anus. Le 14 janvier M. Velpeau applique l'entérotome de Dupuytren, qui tombe au bout de cinq jours, nul accident, passage plus

libre des matières, quinze jours après nouvelle application pour détruire une portion restante d'éperon.

Le 21 février, M. Reybard tente l'occlusion de l'ouverture cutanée au moyen d'une suture ayant pour but d'adosser de champ les surfaces avivées en même temps que les bords en sont exactement rapprochés. L'exubérance de la muqueuse fut d'abord mise à profit; sans dissection préalable, M. Reybard l'attira au dehors avec l'érigne dite à développement dont se sert M. Chassaignac pour les bourrelets hémorrhoïdaux, et la fit serrer dans une forte ligature, puis disséquant le peau tout autour de l'orifice, et dans 3 centièmes de largeur à peu près, il songea à appliquer sa suture. Pour cela, deux petites attelles métalliques rembourrées d'agaric et recouvertes de taffetas étant préparées, toutes deux percées de deux rangées de trous parallèles et voisins de leurs bords, trous à travers lesquels étaient passées des anses de fil armés d'aiguilles à chacune de leurs extrémités (une seule des deux attelles doit être armée); les bords disséqués furent affrontés de champ et maintenus dans cette position par une double suture, l'une profonde, l'autre superficielle correspondant à chacune des rangées de trous marquant les ouvertures d'entrée et de sortie des aiguilles à travers chaque petite attelle lesquelles soutenaient et comprimaient légèrement les lambeaux cutanés. Les chefs profonds et superficiels furent isolément bouclés sur des bouts de sonde élastique afin que le chirurgien pût garder toute facilité de relâcher ou de serrer la suture. Pas de vomissements malgré le chloroforme, aucun accident douloureux du côté de l'abdomen. Le soir fort épanchement sanguin sous la plaie; on relâche un peu les points de suture. La lendemain un peu de rougeur au pourtour. (Emollients, cataplasmes.) Teinte un peu noirâtre de la bure du lambeau supérieur, au bout de 4 à 5 jours, enlèvement de tout l'appareil, pansement au vin aromatique, compression à l'aide d'un brayer. Les selles ont été suspendues pendant 7 à huit jours, et par la plaie dont les extrémités sont restés fistuleuses, il s'est d'abord échappé une quantité de sang coagulé, non colorant, puis des matières jaunâtres analogues à celles qui s'écoulaient primitivement, la réunion tient cependant. Les selles sont provoquées par des lavements et se rétablissent, mais sous la réunion existe un large décollement; quand la pelote est enlevée, la peau ne tarde pas à être soulevée par des matières liquides ou gazeuses, et elle s'amincit bientôt au point de nécessiter un premier coup de bistouri à la base du lambeau supérieur issue de matières fécaloïdes. Successivement et à trois reprises différentes contre, ouvertures vers le scrotum et au-dessous du pli de l'aine par celles-ci, il ne s'échappe que du pus phlegmoneux non odorant. Aujourd'hui la cicatrice est complète et *solide*, des orifices fistuleux persistent encore aux deux extrémités de la cicatrice et au niveau des contre ouvertures. La plus externe laisse pénétrer le

stylet qui glisse sous la peau décollée dans une étendue de 8 à 10 centimètres. Celle-ci est encore soulevée lorsque l'on cesse la compression, mais elle est assez épaisse et résistante, nullement rouge ni encoriée, et il s'échappe seulement quelques gouttes de pus bien lié par les orifices fistuleux. Les selles sont régnlières, faciles, moulées, on continue la compression, et bien que le recollement n'eût pas fait grand progrès, il y a peut être lieu encore d'espérer une guérison radicale.

On voit que M. Reybard a pour but d'obturer d'abord l'ouverture en comprimant la muqueuse dans une ligature, sorte de suture en bourse, le plus près possible de l'ouverture fistuleuse. Une première fois à Lyon, d'après ce qu'il a l'obligeance de m'écrire (15 avril), il a pratiqué cette ligature en passant un fil sous la muqueuse; l'on a vu que chez le malade de M. Velpeau la muqueuse avait été soulevée avec l'érigne à développement de M. Chassaignac. Le fil est coupé près de la muqueuse et tombera dans l'intestin. Lorsque cette suture obturatrice est terminée, la portion de muqueuse qui se trouve autour de l'ouverture anormale, en dehors de la suture, est réséquée, afin de convertir en surface saignante l'espace qui sera recouvert par les lambeaux. M. Reybard, en obturant l'ouverture anale, a pour but d'empêcher les matières fécales de souiller la plaie. C'est alors que dans un deuxième temps il pratique sa suture par adossement des surfaces saignantes, décrite dans l'observation.

On voit par ces détails, que je tiens de M. Reybard, que ce chirurgien a négligé, chez le malade de M. Velpeau, de réséquer la muqueuse autour de l'orifice et en dehors de la suture, c'est à cela, selon lui, qu'est dû le retard dans la cicatrisation.

Je considère que ce procédé de suture offre une grande solidité, en maintenant exactement adossées

de larges surfaces, mais je pense que ses chances de succès seraient accrues considérablement, si, au lieu de lier la muqueuse en bourse, le chirurgien l'isolait préalablement et la renversait en dedans; le lien appliqué alors seulement mettrait en contact des surfaces qui peuvent adhérer.

En résumé, on le voit, j'avais le droit d'avancer que l'application des notions de physiologie pathologique modernes avait profondément modifié la thérapeutique de l'anus contre nature, et en avait singulièrement accru les ressources.

La question a changé de face en ce sens que l'époque précédente n'avait vu que l'obstacle au cours des matières créé par l'éperon, et fit de sa destruction l'indication capitale, sinon la seule, tandis que l'époque actuelle voit dans la présence de l'ouverture anormale, dans sa constitution anatomique, le principal obstacle à la cure radicale, et dès lors elle fait de l'occlusion de cette ouverture l'indication principale, la présence de l'éperon n'étant plus la source que d'indications préliminaires.

*Préceptes généraux sur le traitement de l'anus contre nature.* J'ai cherché, jusqu'à présent, à donner l'énumération des principales ressources que la chirurgie offre actuellement pour le traitement de l'anus contre nature. Il me reste à indiquer les cas qui comportent l'application de telle ou telle méthode de traitement, à formuler en un mot la thérapeutique de l'anus contre nature.

Lorsque le chirurgien est appelé à instituer le traitement d'un anus contre nature, il doit avant combattre les complications s'il en existe. C'est ainsi qu'il

s'efforcera de calmer l'irritation de la peau qui entoure l'ouverture, de dissiper les érysipèles, les éruptions, les fissures, les indurations, les callosités, par les bains, les cataplasmes, les onctions ou autres moyens appropriés. Si les callosités résistent à l'emploi de ces moyens divers, on pourrait les enlever avec l'instrument tranchant.

Quand il existe des trajets fistuleux, longs, sinueux, des décollements, des clapiers entre l'ouverture abdominale et les téguments, il faut les diviser à l'aide d'incisions méthodiques, retrancher toutes les parties de peau désorganisées, en un mot, s'efforcer de réduire l'anus anormal à un orifice unique, simple, au fond duquel on trouvera plus aisément le bout supérieur et le bout inférieur de l'intestin. Si l'anus contre nature est supporté par une hernie qui le chasse au-devant d'elle, il faut d'abord réduire cette hernie ; s'il y a un renversement de l'intestin, une invagination, l'on doit également procéder à sa réduction.

Il a suffi, souvent, dans les cas de ce genre, de maintenir le sujet sur le dos, pendant quelques jours, dans une situation horizontale pour voir l'intestin invaginé rentrer sinon en totalité, du moins en partie ; mais le taxis est le plus ordinairement nécessaire, et l'on aura soin de soumettre la tumeur à une compression douce et soutenue. L'introduction du doigt dans l'ouverture du bout renversé constitue une manœuvre extrêmement utile. Si ces divers moyens échouent, on peut, suivant le conseil de Desault, entourer la tumeur avec un bandage roulé, médiocrement serré. La compression ainsi exercée ne devrait pas, on le conçoit, être telle qu'elle puisse gêner le cours des matières et s'opposer

à leur écoulement; aussi le bandage doit-il être disposé de manière à agir principalement sur le sommet de la tumeur et très-peu sur son pédicule, qui ne doit supporter aucune constriction, afin que rien ne s'oppose au refoulement des parties et des liquides que l'on se propose de faire rentrer dans le ventre. La réduction obtenue, Scarpa s'est servi avec avantage, pour empêcher la reproduction du renversement, d'un bourdonnet de tente de toile, qu'il introduisait dans le trajet fistuleux ; les divers bandages compressifs trouveraient du reste ici leur application.

Mais cette réduction peut être difficile et rendue même impossible dans le cas où des adhérences se sont établies entre les feuillets de la séreuse adossés, j'ai rapporté d'après Lecat, Sabatier, etc., des exemples d'irréductibilité de l'intestin ainsi adhérent. Dans ces circonstances, l'on pourra encore avoir recours à la compression, car, ce sera par ce moyen que l'on s'assurera de l'impossibilité de la réduction, et que l'on en appréciera les causes. Si l'irréductibilité tient à l'engorgement, au gonflement œdémateux des membranes, la compression pourra le faire disparaître ainsi que l'induration des tuniques de l'intestin; tel fut le résultat obtenu sur le matelot guéri par Desault, sur un autre malade de l'Hôtel-Dieu, sur un malade traité par Noël, de Dunkerque. Si la compresssion échoue, les adhérences pourront encore être détruites par un débridement bien et sagement conduit. Dans un cas rebelle, Dupuytren fit tomber le bout invaginé avec son entérotome. Blandin, après avoir placé une canule dans les bouts renversés, produisit la gangrène de l'intestin invaginé à la faveur d'une ligature placée sur la

base, puis traita l'anus accidentel par l'entérotome (*Arch. de méd.*, 1842, p. 107). A. Cooper, Hey, Percy, avaient eu recours au même moyen dans le cas de déplacement opiniâtre du rectum.

Mais si l'irréductibilité dépend de l'étranglement, il faut débrider à la façon de Lange. On porte le bistouri sur la tumeur, entre elle et la peau, on divise alors successivement en haut la peau, les aponévroses, et on réduit avec précaution l'intestin, que l'on maintient réduit au moyen d'un tampon de charpie. On conçoit combien, en pareil cas, on court les dangers de la péritonite.

La complication que l'on a désignée sous le nom d'engorgement de l'*entonnoir membraneux*, dépend, nous l'avons dit, assez souvent de l'accumulation des matières excrémentitielles ou de la présence d'un corps étranger, et alors un purgatif pourra faire cesser cette accumulation. Elle dépend encore du resserrement trop rapide de l'ouverture anormale que l'on devra dès lors dilater ou même inciser si la dilatation ne suffisait pas ; le chirurgien, qui cherche à obtenir la cure radicale d'un anus contre nature, a souvent à lutter contre une pareille complication.

On sait, du reste, que les conséquences possibles de cet obstacle aux cours des matières, sont : la rupture des adhérences ou du bout supérieur et une péritonite que l'on devra combattre par l'opium à haute dose et les antiphlogistiques, l'infiltration intra-pariétale, les abcès stercoraux, les clapiers que l'on incise, les fistules que l'on cherche à tarir par les moyens sur lesquels j'aurai à revenir. Cependant, quand les complications ont disparu, il est indiqué de

commencer le traitement curatif, dont il me reste à déterminer les moyens dans les divers cas.

On se rappelle que les conditions de la guérison radicale sont : le rétablissement du cours normal des matières excrémentitielles et l'occlusion de l'ouverture anormale. L'on sait aussi que les obstacles à la guérison sont déduits : 1° de la largeur de l'ouverture anormale; 2° de la position relative des deux bouts; 3° de leur rétrécissement, surtout de celui du bout inférieur; 4° de l'embouchure du bout supérieur dans l'orifice anormal ; 5° de la présence et de l'étendue de l'éperon ; 6° de l'existence de la paroi intestinale dans le trajet accidentel et de callosités à son pourtour; 7° enfin, du passage des matières irritantes.

Si l'ouverture accidentelle est étroite, si les matières coulent encore par le bout inférieur, de manière à empêcher son rétrécissement; si surtout l'accident est récent, l'on pourra favoriser la guérison par l'emploi répété des purgatifs, des lavements, par une alimentation suffisante, par les soins hygiéniques, par le badigeonnage au collodion, moyens qui, dans les autres cas, ne doivent être considérés que comme des adjuvants.

Mais si l'orifice est assez large pour donner issue à la totalité ou à la presque totalité des matières stercorales, sans que, cependant, l'éperon existe ou sans qu'il soit très-saillant, il se peut que la méthode compressive de Desault réussisse; mais à la condition que le chirurgien s'occupera en même temps de maintenir dilaté le bout inférieur; il faut se rappeler que, dans ces cas, il peut exister un obstacle à la guérison que ne vaincra pas la méthode compressive, c'est la constitution même du trajet accidentel.

Un cas qui se rapproche du précédent, malgré l'existence d'un éperon prononcé, c'est celui où l'anus contre nature étant ancien, l'intestin a déjà fait quelque retour vers la cavité abdominale, il s'est éloigné de l'ouverture cutanée, et, au fond du trajet, on trouve un infundibulum avec un éperon dont la saillie ne peut plus former obstacle ; il est, en pareil cas, inutile de vouloir détruire cet éperon, les causes de persistance devant être cherchées ailleurs.

Mais si l'éperon s'avance très-près de l'orifice cutané, s'il divise complétement ou à peu près l'ouverture en deux parties; alors sa destruction constitue le premier temps du traitement, malgré les dangers que peut présenter la réalisation de cette indication, dangers en considération desquels nous n'admettons la destruction de l'éperon que lorsque réellement elle est nécessaire.

J'ai indiqué quels étaient les différents procédés que l'on pouvait suivre pour détruire l'éperon ; j'ai cherché à faire ressortir les dangers et les avantages inhérents à chacun d'eux, et s'il faut maintenant faire un choix, je dirai que, malgré les inconvénients qu'il présente, c'est encore à l'entérotome de Dupuytren, modifié dans son volume ou dans sa largeur, selon les cas, que j'accorde la préférence.

Je base cette préférence sur ce que, je trouve, dans l'application bien faite du procédé de Dupuytren, plus de sécurité que dans aucun autre, sur ce que l'examen des faits montre qu'il donne naissance à une cavité intermédiaire suffisamment spacieuse (*Voy. pl.* 2, *fig.* 5 et 6) ; sur ce qu'enfin, soit que je compulse les observations, soit que je regarde autour de moi dans la

pratique des chirurgiens, c'est le procédé que je trouve le plus généralement employé.

Une question préalable pour la solution de laquelle les éléments me paraissent faire défaut, c'est celle de savoir à quelle époque l'on appliquera l'entérotome. Je vois, en effet, d'une part, les uns se hâter de faire la section de l'éperon, dès que l'anus contre nature existe ; d'autres, attendre un certain temps avant de faire cette application, et comme presque toujours les désirs des chirurgiens, dans le traitement de l'anus contre nature, sont contrariés par la manifestation subite d'accidents variés, l'on se demande si le retard apporté dans le traitement est bien le fait de la volonté du chirurgien. Je crois cependant que dans les circonstances ordinaires où se produit l'anus accidentel, il est bon d'attendre que le malade soit remis de la secousse grave qu'il vient d'éprouver, que l'intestin en particulier ait pu retrouver des parois exemptes d'inflammation, sans que cependant, vu les modifications ultérieures qui vont s'effectuer, il me paraisse prudent de perdre un temps précieux.

Pendant la durée de l'application de l'entérotome, qui devra être faite avec le plus grand soin, le malade est soumis au régime des individus auxquels on pratique de grandes opérations ; on le met à la diète, à l'usage de boissons délayantes, des lavements émollients, des fomentations, des opiacés, etc., et il sera l'objet d'une surveillance active qui permettra de combattre les accidents qui pourraient se produire : il est des cas où ces accidents sont tels qu'il est indiqué d'enlever l'instrument.

Après la chute de l'entérotome et la section de la

bride, il arrive ordinairement que les selles reprennent en grande partie leur cours normal; c'est là un des bienfaits immédiats de la méthode. Mais si quelquefois l'ouverture accidentelle se rétrécit insensiblement ou s'oblitère, cette oblitération reste plus souvent encore incomplète ou même l'ouverture persiste dans toute son étendue. J'en ai donné les diverses raisons. L'une des plus fréquentes, c'est la reproduction de l'éperon d'après le mécanisme que j'ai indiqué. Il sera dès lors utile de détruire de nouveau cette bride; j'ai rappelé que, dans le cas de M. Parise, l'entérotome appliqué à trois reprises avait enlevé 19 centimètres de la paroi de l'intestin formant éperon, et l'on trouve des cas où cette perte de substance a été, en somme, plus considérable encore; on conçoit dès lors que ces ablations répétées, faites aux dépens de la paroi intestinale, pourront avoir pour résultat de rétrécir les bouts de l'intestin; c'est là un inconvénient grave qui doit encore rendre réservé dans l'application de l'entérotome.

Dans les cas où l'éperon n'a jamais existé ou quand ayant existé, il a été détruit, l'indication de fermer l'ouverture extérieure reste toujours, et c'est par l'application des nouveaux procédés qui modifient le trajet qu'on peut obtenir cette occlusion. Si, primitivement ou consécutivement à l'entérotomie, le trajet est étroit, la seule cautérisation, le simple avivement et la suture directe peuvent en triompher. Mais si le trajet est large, si la paroi intestinale s'avance jusqu'à l'orifice externe, si le pourtour est induré, c'est alors que les procédés autoplastiques, institués par M. Velpeau, sont indiqués et que dans ces cir-

constances graves ils peuvent procurer des guérisons inespérées. Parmi ces procédés, celui qui consiste dans le renversement des bouts de l'intestin en dedans, me paraît devoir fournir les résultats les plus avantageux, si on l'applique d'après les indications posées par MM. Nélaton et Denonvilliers. La préférence à accorder dans ces cas, à cette méthode, me paraît assez motivée, et par les déductions théoriques et par les résultats pratiques que j'ai pu faire connaître pour que j'aie besoin d'y revenir.

Le procédé de M. Gosselin me semblerait être indiqué dans les cas où la muqueuse adhérente forme un bourrelet épais autour de l'orifice ; cependant lorsque ce bourrelet serait détruit, le procédé de MM. Nélaton et Denonvilliers offrirait plus de chance de guérison solide. Tels sont, sauf les modifications apportées par les cas particuliers, les principes généraux qui doivent guider le chirurgien dans le traitement de l'anus contre nature. J'ajoute que, quelle que soit la médication curative que l'on devra employer plus tard, il est utile de faire subir au malade un traitement préparatoire, qui consiste non-seulement dans l'emploi des lavements, des injections émollientes, mais surtout dans l'emploi d'un moyen indiqué par M. Voillemier et basé sur une parfaite connaissance des modifications qu'apporte la présence d'un anus contre nature dans le fonctionnement régulier du tube digestif.

Des injections de bouillon et de potages sont faites dans le bout inférieur, soigneusement graduées et continuées avec persévérance pendant un certain temps. Cette pratique offre le triple avantage : 1° d'obvier au défaut d'alimentation, lorsque l'anus contre nature est

situé très-haut ; 2° de s'opposer au rétrécissement incessant du bout inférieur qui devient un obstacle à l'application de l'entérotome et au rétablissement du cours des matières fécales ; 3° et surtout de rendre graduellement au bout inférieur l'habitude du contact des aliments. Les premières injections en effet, surtout quand elles sont abondantes, sont rejetées par la plaie ; ce n'est qu'en les graduant avec mesure qu'elles arrivent à être gardées et à passer sous forme de matière fécale par l'anus. On conçoit dès lors, que si le bout inférieur n'a pas été soumis à cette préparation, au moment où, par la chute de l'entérotome ou l'application d'une autre méthode, il est mis en communication directe avec le bout supérieur et par suite en contact avec les matières alimentaires, il deviendra le point de départ d'un travail qui tend à rejeter celles-ci à l'extérieur par la bouche ou par la plaie, et à détruire ou du moins à contrarier l'effet de l'opération.

Si l'on parcourt les observations, on voit qu'il est rare, quel que soit le procédé employé, que la guérison se fasse régulièrement et sans entraves. Il s'établit souvent une longue lutte entre la maladie et le chirurgien, et outre les accidents inhérents aux opérations graves, on peut voir survenir l'engouement du cloaque qui détermine la destruction d'adhérences salutaires, le décollement des sutures, l'infiltration stercorale des parois abdominales, l'épanchement péritonéal, accidents dont le moindre inconvénient est de faire perdre en quelques jours le bénéfice d'un résultat favorable péniblement acquis. Mais si alors, la plaie peut se rouvrir complétement, si la filtration des matières stercorales en amène le décollement total, il

est fréquent, surtout par le bénéfice des nouvelles méthodes autoplastiques qui ont pour but de parer à ces accidents, il est fréquent, dis-je, que le décollement étant incomplet, il ne persiste qu'une fistule stercorale que l'on parviendra à oblitérer plus tard par une opération légère, ou qui s'oblitérera d'elle-même. En tous cas, la persistance d'une fistule étroite, n'empêchera pas le malade d'avoir éprouvé les bienfaits du traitement.

Quand un malade a été guéri d'un anus contre nature, la vie peut se continuer régulièrement; mais, souvent, ce malade est exposé à éprouver dans le ventre des tiraillements, des coliques, des nausées, des vomissements et tous les phénomènes de l'engouement et de l'étranglement; dans ces cas, on aura recours aux lavements laxatifs, aux purgatifs minoratifs, et enfin à tous les moyens que l'on met en usage dans les hernies. Si ces moyens échouent, il pourra devenir nécessaire d'inciser la cicatrice, dans les cas où une tumeur se développe dans la région qu'elle occupe et indique que là est le point de départ des accidents, et l'anus contre nature se trouvera ainsi rétabli.

D'autres fois, les accidents d'étranglement grave pourront forcer le chirurgien à la dure nécessité d'établir un anus artificiel.

Enfin, sous l'influence du moindre écart de régime, l'intestin peut se rompre au-dessus de la cicatrice, et la mort sera la suite de cette rupture, comme dans les cas que j'ai indiqués d'après Scarpa, M. P. Boyer, etc.

Malgré les progrès de l'art, il reste encore des cas où la disposition de l'anus contre nature est telle que

toutes les ressources semblent impuissantes, et il faut se borner au traitement palliatif. Cependant, même dans quelques-uns de ces cas complexes, on a pu obtenir des guérisons inespérées, et l'observation du malade de M. Sédillot le montre. La complication est telle, dans ce cas, que sa description nécessite l'intervention de planches, je dois me borner à le mentionner, renvoyant pour les détails à la thèse de M. Barincou (*Strasb.*, 1852) et à la *Gaz. hebdom.* (t. II, p. 160).

Enfin, dans les cas où la disposition des bouts de l'intestin s'oppose à la guérison, où la vie menace de s'éteindre, faute de nutrition, serait-on autorisé, comme l'avait songé Richter, à aller à la recherche de chacun des bouts, à les anastomoser, ou bien à pratiquer une opération plus complexe encore, telle que celle faite par M. Maisonneuve, dans le cas suivant, dont je dois la relation à M. Cavasse, interne des hôpitaux, et que je transcris sans réflexions?

### OBSERVATION.

*Anus contre nature — Impossibilité de trouver le bout inférieur de l'intestin. — Traitement : inosculation de l'intestin grêle avec le gros intestin. — Mort.*

Hôpital de la Pitié, service de M. Maisonneuve, salle Saint-Jean, n° 14. Vrinotte Françoise, âgée de 40 ans, journalière, entrée le 5 septembre 1856.

Cette femme avait depuis vingt ans une hernie crurale à droite; elle n'avait jamais porté de bandage. La hernie, qui n'a jamais dépassé le volume d'un gros œuf, se réduisait avec la plus grande facilité. Jamais il n'y avait eu d'accidents du côté de cette tumeur, lorsque, au mois de février dernier, la malade éprouva tous les symptômes d'un étranglement herniaire. C'était à la campagne : le médecin se contenta, pour tout traitement, de faire le premier jour quelques tentatives de réduction qui furent inutiles.

Le cinquième jour, avant toute opération, la tumeur s'ouvrit; il s'écoula du pus et beaucoup de matières intestinales. Il en est résulté un anus contre nature, qui se présente à notre observation avec les particularités suivantes : à la partie antérieure et interne de la cuisse, au-dessous de l'arcade fémorale, immédiatement en dedans de l'arcade crurale, il existe des fongosités très-rouges, et saignant facilement. Au milieu de ces fongosités, on trouve un orifice irrégulièrement rond, et pouvant donner passage à une grosse sonde de gomme élastique. Par cet orifice, sortent des mucosités jaunes ou verdâtres, et les matières alimentaires non encore digérées; les légumes que la malade prend à ses repas sortent presque intacts.

Quant aux phénomènes généraux, ils sont très-prononcés; à la maigreur et à la débilitation générale, il n'est pas difficile de reconnaître l'insuffisance de l'alimentation.

La malade nous dit qu'elle n'a plus eu de selles par l'anus : tous les quinze ou vingt jours elle rend quelques mucosités qui n'ont aucun des caractères des véritables fèces.

Des explorations, plusieurs fois répétées, ne permettent pas d'introduire une sonde dans le bout inférieur de l'intestin grêle.

En présence de l'insuccès de ces manœuvres, M. Maisonneuve, poussé par la malade, effrayée de son affaiblissement progressif, et dégoûtée de son infirmité, songea à pratiquer une opération qui lui avait réussi chez les animaux et en particulier chez les chiens.

Le 3 octobre, l'opérateur fit au niveau de la fosse iliaque droite, à 2 centimètres au-dessus de l'arcade crurale, une incision de 8 à 10 centimètres de longueur; il divisa successivement la peau, les muscles et le péritoine.

Il attira au dehors une anse d'intestin grêle distendue par des gaz appartenant au bout supérieur; il la fixa avec un fil, puis, allant à la recherche du cœcum, qui ne fut pas difficile à trouver, il fit à cette portion de l'intestin, au-dessous de la valvule iléo-cœcale, une incision verticale de 4 à 5 centimètres. Une ouverture semblable fut pratiquée sur le bord convexe de l'anse de l'intestin grêle; les deux intestins furent ensuite réunis par la suture de Gély.

On mit sur la plaie extérieure des serres-fines, et on fit un pansement simple. La malade, qui n'avait été que très-incomplétement chloroformisée, ne souffrit pas beaucoup et peut être reportée dans son lit sans avoir perdu de sang.

Il y eut, le lendemain et les jours suivants, quelques symptômes de péritonite : envies de vomir, vomissements, douleur à la pression dans l'abdomen, pouls petit et filiforme. La plaie de la peau, dont les lèvres avaient d'abord semblé adhérer, ne se ferma pas; il semblait que la malade eût perdue toute force plastique.

Le premier jour de l'opération, la malade eut une selle liquide et jaunâtre; mais, dès le troisième jour, la suppression des selles par

l'anus était de nouveau complète, et toutes les matières intestinales coulaient de nouveau par l'anus contre nature.

Les phénomènes aigus disparurent vers le dixième jour et la malade vécut jusqu'au 7 novembre; elle s'éteignit ainsi peu à peu plus d'un mois après l'opération.

L'*autopsie* montre, au niveau de l'anus contre nature, un éperon très-saillant, déjeté vers le bout inférieur, qu'il oblitère presque complétement. Hypertrophie du bout supérieur; atrophie considérable du bout inférieur.

Dans la fosse iliaque, qui avait été le siége de l'opération, on trouve un énorme abcès en arrière du cœcum, entre cet organe et l'aponévrose iliaque; le pus est très-épais et parfaitement enkysté.

Il y a des adhérences très-visibles entre les deux intestins, seulement il est facile de voir que l'ouverture pratiquée par le chirurgien est trop peu considérable, qu'elle se trouve en dehors du passage des matières alimentaires, et qu'il faut attribuer à ces deux conditions le peu de succès de l'opération, eu égard au cours des matières. — Si l'opération devait être de nouveau pratiquée, il faudrait obtenir une inosculation plus complète.

Ce sont là de ces circonstances graves dans lesquelles le chirurgien, n'ayant plus pour s'éclairer ni les préceptes de l'art, ni les conseils des maîtres, se trouve en face de sa conscience, qui devient dès lors son seul guide.

# EXPLICATION DES PLANCHES.

Fig. 1. Disposition de l'entonnoir membraneux (d'après Scarpa). — *a*. Anse intestinale. — *b*. Ouverture de l'intestin. — *c*. Eperon. — *d*. Conduit infundibuliforme. — *e*. Orifice externe.

Fig. 2. Portion d'anse intestinale engagée dans l'anneau. — *a*. Intestin ouvert pour faire voir la disposition intérieure de l'anse intestinale (Scarpa). — *b*. Sac ouvert.

Fig. 3. Cœcum perforé adhérant à une cicatrice des téguments de l'aine (Scarpa).

Fig. 4. Disposition curieuse des anses intestinales et de l'éperon (Topinard). — *a*. Ouverture abdominale. — *b*. Eperon valvulaire. — *c*. Anse intestinale adossée. — *d*. Anse intestinale ouverte.

Fig. 5. Entonnoir intestinal après l'application de l'entérotome (Musée Dupuytren, n° 246, A. Bérard).— *a*. Orifice externe.— *b*. Trajet infundibuliforme. — *c*. Paroi du trajet. — *d*. *d'*. Anse intestinale (bout supérieur, bout inférieur). — *e*. Mésentère.

Fig. 6. Entonnoir intestinal après l'application de l'entérotome (Musée Dupuytren, n° 246, Gosselin).— *a* Bout supérieur.— *b*. Bout inférieur. — *c*. Orifice externe vu par la face interne. — *d*. Entonnoir intestinal. — *e*. *e'* Cicatrice de la plaie, produite par l'entérotome.

Fig. 7. Anus contre nature à peu près guéri (Musée Dupuytren, n° 247, Richet).— *a*. Bout supérieur.— *b*. bout inférieur.— *c*. Canal étroit unissant l'intestin à la paroi.— *d*. Même canal ouvert. — *e*. Cicatrice de la peau, petit trou fistulaire.

Fig. 8 et 9. *a*. Trajet infundibuliforme. — *b*. Deux ouvertures produites par l'entérotome. — *c*. Deux ouvertures artificielles pour montrer l'intérieur. — *d*. Mésentère. — *e*. Orifice externe. — *f*. artère épigastrique (Musée Dupuytren, n° 248, Maisonneuve).

Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

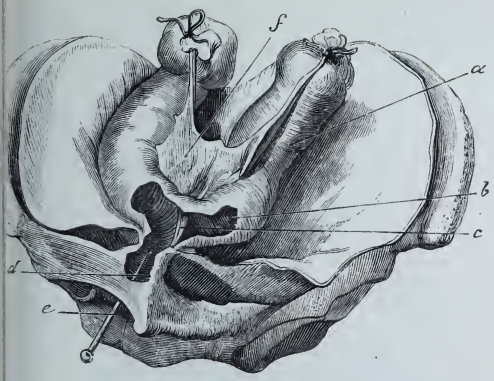


Fig. 1.

Fig. 3.

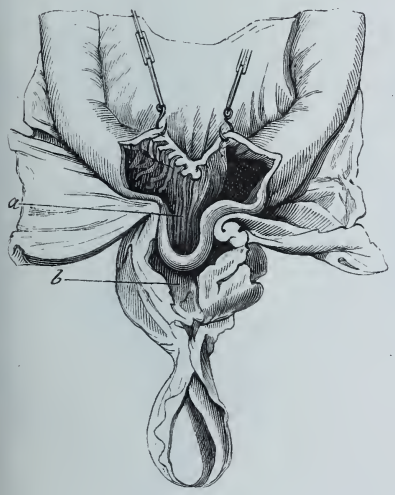


Fig. 2.

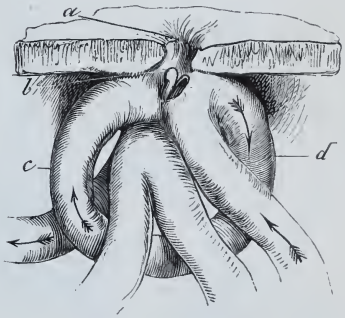


Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

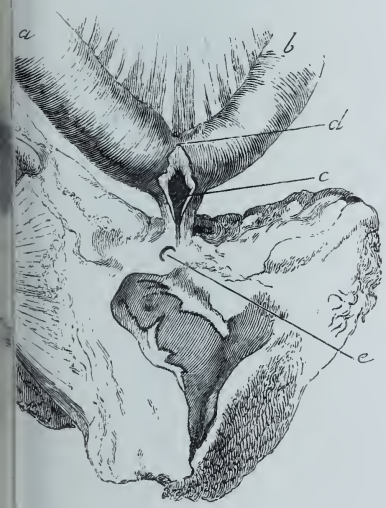


Fig. 7.

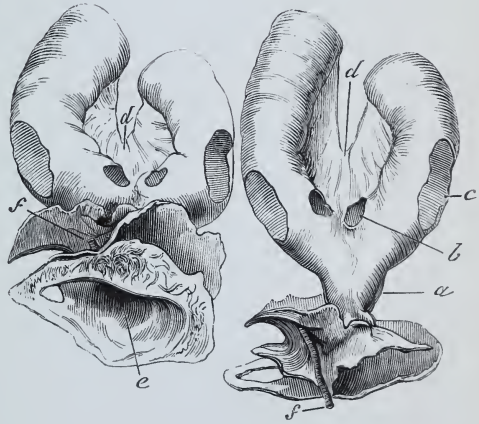


Fig. 8 et 9.